

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 67

DE LA VALEUR PRONOSTIQUE

des Taches rosées lenticulaires

Forme Exanthématique

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Étienne BOULIN

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Morlaas (Basses-Pyrénées), le 11 Février 1875



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

1899

DE LA VALEUR PRONOSTIQUE

des Taches rosées lenticulaires

FORME EXANTHÉMATIQUE

de la Fièvre typhoïde infantile

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N^o 67

DE LA VALEUR PRONOSTIQUE

des Taches rosées lenticulaires

Forme Exanthématique

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Étienne BOULIN

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Morlaas (Basses-Pyrénées), le 11 Février 1875



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président ; M. GANGOLPHE Assesseur ;

WEILL et COURMONT Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Docteur en médecine

A MA MÈRE

*Je dédie ces quelques pages
comme témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TRIPIER

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WEILL

Médecin des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté

Arrivé au terme de notre scolarité médicale, nous avons à cœur de rendre ici un témoignage public de reconnaissance à tous ceux qui, par leur dévouement, leurs conseils et leur science, ont contribué à nous faire atteindre le but désiré.

M. le professeur Tripier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions respectueusement.

M. le professeur agrégé Weill, après nous avoir donné le sujet de ce travail, nous a aidé largement à le mener à bonne fin ; nous le prions de recevoir l'expression de notre vive gratitude.

Nous avons trouvé un accueil des plus aimables auprès de M. le docteur Ch. Lesieur, interne des Hôpitaux ; son concours nous a été d'une grande utilité ; nous lui en sommes très reconnaissant.

Merci à nos maîtres des Facultés de Bordeaux et de Lyon, à nos chefs de l'Ecole du service de santé militaire et de l'hôpital Desgenettes, à qui nous devons les bases de nos connaissances cliniques.

Merci, enfin, à nos camarades de promotion ; que ceux qui furent plus particulièrement nos intimes, et dont la société nous a été si précieuse pendant ces trois dernières années, reçoivent l'assurance d'une amitié sincère et profonde.

E. B.

INTRODUCTION

Nous tenons à le dire dès le début : ces quelques pages ne sont que le reflet des idées de MM. WEILL et LESIEUR (1) qui ont eu l'obligeance de mettre à notre disposition le manuscrit d'un mémoire inédit qui, par suite de circonstances particulières, n'a pu être publié avant notre thèse. C'est dire que ce ne sont point des idées personnelles que nous émettons. Si donc ce travail a quelque valeur, quelque originalité, c'est à MM. WEILL et LESIEUR qu'en revient tout l'honneur.

L'étude attentive d'un certain nombre de cas de fièvre typhoïde, a permis à M. le professeur agrégé WEILL de saisir « des rapports qui, sans être constants, sont cependant d'une fréquence remarquable, entre l'apparition des taches rosées lenticulaires en grand nombre et les caractères d'ensemble de la dothiéntenterie, considérée soit dans les symptômes, soit dans son évolution. »

MM. WEILL et LESIEUR ont remarqué que les cas de dothiéntenterie, qu'ils désignent sous le nom d'**exanthématiques** pour indiquer le développement anor-

(1) WEILL et LESIEUR : Mémoire inédit.

mal de l'éruption cutanée, se distinguent en général par l'absence ou la *discrétion des troubles digestifs* et la *bénignité du pronostic*.

Ils ne veulent pas dire par là que la forme exanthématique ne puisse comporter l'association des symptômes caractéristiques de lésions intestinales plus ou moins intenses, ni que l'absence de taches rosées implique fatalement des accidents gastro-intestinaux. La question ne se pose pas de cette façon. Il n'y a pas de balancement constant entre les symptômes cutanés et muqueux, entre l'exanthème et l'énanthème; il n'y a pas lieu d'établir une opposition entre les deux ordres de manifestations, ni peut-être d'édifier une théorie pathogénique basée sur la notion de dérivation qui s'exercerait de la peau aux muqueuses ou inversement. Il existe, en effet, nombre de faits cliniques qui iraient à l'encontre d'une pareille opinion (WEILL et LESIEUR).

Si nous nous bornons à faire la classification des différents cas de dothiénenterie que nous avons observés, en tenant compte des symptômes cutanés, intestinaux et du degré de gravité de la maladie, nous arrivons à établir plusieurs groupes de faits :

1° Des formes *classiques*, avec peu de taches rosées, symptômes intestinaux marqués, pronostic variable mais ordinairement sérieux.

2° Des formes *légères*, avec peu de taches rosées, symptômes intestinaux peu marqués, pronostic favorable.

3° Des formes *intenses*, avec beaucoup de taches rosées, symptômes intestinaux très marqués, pronostic grave.

4° Des formes **exanthématiques** avec taches rosées abondantes, troubles intestinaux très réduits, pronostic bénin. Ces formes exanthématiques doivent être subdivisées en :

- A) *Formes bénignes,*
- B) *Formes moyennes,*
- C) *Formes graves en apparence,*
- D) *Formes à rechutes (1).*

Il ne saurait être question, après l'analyse de ces différents groupes de dothiënenterie, de considérer la tache rosée, suivant son développement plus ou moins actif, comme un élément symptomatique capable d'éclairer à *lui seul* le caractère général de la maladie.

Les taches rosées abondantes n'excluent ni les lésions graves de l'iléon, ni l'allure sérieuse de la dothiënenterie (*formes intenses*).

L'absence ou le petit nombre de taches ne sont pas incompatibles avec une dothiënenterie bénigne, sans diarrhée, sans splénomégalie (*formes légères*).

La tache rosée, disent MM. WEILL et LESIEUR, ne doit pas être étudiée isolément, mais dans ses rapports avec les autres caractères de la maladie ; et, dans ces conditions de coordination, elle apparaît comme un des éléments susceptibles de juger de la forme de la maladie. « Nous sommes amenés à la considérer comme une des expressions du processus toxi-infectieux, suscité par le bacille d'Eberth ; comme les autres symptômes de la maladie, comme la diarrhée, la ballonne-

(1) Cette division est empruntée au Mémoire inédit de MM. WEILL et LESIEUR.

ment, les phénomènes nerveux, pulmonaires, rénaux, elle peut, quoique avec moins de fracas, mais non moins de sûreté, donner suivant le développement qu'elle acquiert, la mesure de l'intensité de l'infection de l'organisme. »

D'autre part, il ressort des observations recueillies dans le service de M. le professeur agrégé WEILL, que, dans les formes moyennes de la dothiënenterie, l'abondance des taches rosées donne des présomptions sérieuses en faveur de la discrétion des troubles digestifs et de la bénignité du pronostic. Même dans les formes intenses de la maladie, le développement de l'exanthème a toujours paru de bon augure. Et cette corrélation s'est montrée assez fréquente, pour que MM. WEILL et LESIEUR se soient crus autorisés à admettre une **forme exanthématique** de la dothiënenterie, dont nous allons étudier les particularités, d'après les observations relatées plus loin.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les taches rosées lenticulaires. — Diverses opinions émises sur leur valeur pronostique.

Avant d'aborder cette partie de notre travail, il convient de donner quelques notions générales sur les taches rosées lenticulaires, et d'exposer la plupart des opinions exprimées sur leur valeur pronostique.

Nous n'avons pas à insister sur leur aspect de macules parfois légèrement acuminées, sur leur propriété de s'effacer momentanément par la distension de la peau ou la pression du doigt.

Leur *nombre* peut être très variable. Sur 108 cas, Murchison en a observé, présentes en même temps :

—	20	dans	61	cas.
+	20	—	37	—
+	100	—	9	—
+	1000	—	1	—

Dans deux cas observés par JACCOUD, l'exanthème était tellement généralisé et tellement abondant qu'il simulait rigoureusement celui d'une rougeole discrète.

D'après MURCHISON et RILLIET et BARTHEZ elles seraient en général moins nombreuses chez les jeunes enfants que chez les adultes. *Cadet de Gassicourt* soutient qu'elles sont le plus souvent abondantes chez les jeunes enfants.

Les *parties du corps* sur lesquelles les taches paraissent le plus communément sont le devant de la poitrine, le ventre et le dos. *Murchison* a réussi à les trouver sur le dos quand elles n'existaient nulle part ailleurs, et il a parfois noté qu'elles étaient plus grandes et plus nombreuses sur le dos qu'en avant; sur 108 cas, il en a noté 8 dans lesquels les taches existaient sur les bras ou les jambes, et un sur la face.

La *date* de l'apparition des taches est entre le 7^e et le 12^e jour. Il en fut ainsi dans 39 cas sur 46 observés par MURCHISON. Dans 4 cas seulement les taches se sont montrées avant le 6^e jour; d'un autre côté, elles n'ont pas paru avant le 14^e jour dans 3 cas. D'après RILLIET et BARTHEZ, l'éruption est plus précoce chez les enfants que chez les adultes. L'apparition des taches se fait d'une manière successive. Dans deux cas, cités par RILLIET et BARTHEZ, et dans un cas de TROUSSEAU, l'éruption a reparu dans le cours d'une récidive, vers le 50^e jour. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre.

La *durée* de l'éruption varie de 7 à 21 jours. Il est de règle qu'elle disparaît avec le commencement de la convalescence; mais dans certains cas, les taches continuent à se produire, après que les symptômes généraux commencent à décroître, et que le malade semble être en convalescence. La durée moyenne de l'éruption, au dire de MURCHISON, est de 14 jours. Chez les enfants,

l'éruption dure rarement plus de 7 ou 8 jours (BARTHEZ et RILLIET, MAZERON, thèse de Paris).

La *fréquence* des taches rosées n'est pas contestée. Sur 5,988 cas admis à l'Hôpital des fiévreux de Londres, pendant 23 ans, les taches ont été notées dans 4,606, soit 76, 92 p. 100. Dans quelques-uns des 1,382 cas restants, il est possible qu'un examen insuffisant n'ait pas permis de les découvrir. LOUIS les observa dans 160 cas sur 177; et dans les autres cas il ne pouvait déclarer positivement qu'elles fussent absolument absentes.

Elles sont plus fréquemment absentes chez les malades ayant dépassé 30 ans ou ayant moins de 10 ans, que chez les malades étant entre 10 et 30 ans (MURCHISON, Sir W. JENNER).

RILLIET et BARTHEZ pensent que les taches sont moins communes dans l'enfance que chez les adultes. D'après MARFAN, dans le jeune âge, les taches rosées manqueraient dans un tiers des cas. Enfin, au dire de CADET DE GASSICOURT, chez les enfants, et surtout chez les très jeunes enfants, les taches peuvent manquer dans un certain nombre de cas, particulièrement dans les cas graves.

Le *mode de formation* des taches rosées lenticulaires est assez obscur. NEUHAUSS les rapportait à des embolies capillaires de bacilles. CHANTEMESSE (1) n'a jamais pu vérifier cette assertion. Ces bacilles n'ont jamais été trouvés; mais d'autre part SANARELLI a vu se produire exactement cette éruption chez le singe à la suite de

(1) CHANTEMESSE : Traité de médecine, 1899.

l'injection des seules toxines typhiques; son origine toxique ne peut donc être mise en doute.

Leur *valeur diagnostique* est admise par tout le monde, et si on les a rencontrées dans quelques cas de granulie, il semble qu'il se soit agi, dans ces cas, d'infections mixtes, tuberculeuses et éberthiennes.

L'entente est moins parfaite sur leur signification au point de vue du **pronostic** de la maladie, et les opinions les plus diverses ont été émises à ce sujet.

Les uns nient toute relation entre la roséole typhique et la gravité de la maladie :

Pour CHOMEL (1) les taches rosées n'ont aucune valeur pronostique.

« Il serait imprudent, dans l'état actuel de la science, dit LOUIS (2) d'accorder aux taches rosées lenticulaires un caractère de gravité, de même que de les considérer comme avant-coureurs d'une affection bénigne; car bien souvent une terminaison funeste ou favorable viendrait déjouer les prévisions du médecin. »

PRINGLE (3) se montre aussi réservé : « On ne doit pas, dit-il, mettre les taches au nombre des signes mortels; elles concourent seulement, avec d'autres signes, à constater la nature de la maladie. »

MURCHISON (4) exprime la même opinion : « Il n'y a

(1) CHOMEL : Leçons de clinique médicale, 1834.

(2) LOUIS : Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde, 1841.

(3) PRINGLE : Maladies des armées.

(4) MURCHISON : La fièvre typhoïde, traduction de Lutaud, Paris, 1878.

aucun rapport entre la quantité plus ou moins grande des taches et le degré de gravité de la maladie. »

ARNOULD et LEMOINE (1) sont du même avis, ainsi que GALLARD et MAZERON (2) qui conclut dans sa thèse que les taches rosées n'ont aucune valeur pronostique.

Les autres croient, comme autrefois HIPPOCRATE, que l'abondance des taches rosées est un élément de pronostic favorable.

Telle est l'opinion de STEWART (3) et de DIETL (4).

De même, suivant RILLIET et BARTHEZ (5), non seulement l'abondance des taches rosées n'implique pas l'idée de gravité, mais même elles devraient être considérées comme un signe de bénignité. « Nous avons recherché, disent ces auteurs, si l'abondance de l'éruption était en rapport avec l'intensité de la maladie, et nous sommes arrivés à cette conclusion, qu'en général, dans tous les cas graves, les taches étaient peu nombreuses et même qu'elles manquaient souvent, tandis que, dans les cas légers ou de moyenne intensité, l'éruption était plus constante et plus abondante. »

D'après JACCOUD (6), la fièvre typhoïde est d'autant moins grave, ou pour dire plus exactement, elle aboutit d'autant plus sûrement à la guérison que la roséole est

(1) ARNOULD et LEMOINE : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

(2) MAZERON : Thèse, Paris, 1866.

(3) STEWART : *Edimbourg med. Journ.*, 1840.

(4) DIETL : *Wiener medizinische Wochenschrift*.

(5) RILLIET et BARTHEZ : Maladies des enfants.

(6) JACCOUD : Leçons de clinique médicale, 1874.

plus abondante. Il n'entend point impliquer par là une compensation entre le processus cutané et le processus intestinal : ce serait, dit-il, de l'hypothèse pure ; il veut simplement constater un rapport empirique, qui n'est démenti par aucune observation.

POTAIN a également observé à la clinique du professeur BOUILLAUD, durant l'épidémie de 1852, quelques cas très bénins semblant se résumer dans l'éruption de taches rosées.

J. CAZALIS (1) suppose qu'une éruption abondante peut créer une dérivation et atténuer les congestions viscérales.

BUCQUOY, MARFAN (2), tout en reconnaissant que l'abondance des taches est un indice de bénignité, pensent que toute poussée éruptive nouvelle sur la peau correspond à une nouvelle poussée éruptive sur l'intestin, démontre que la maladie est encore loin d'avoir accompli toute son évolution, et empêche de croire à l'imminence d'une issue favorable.

Pour HOMOLLE (3), une roséole abondante est d'un heureux présage, mais la roséole tardive est un signe fâcheux.

LAVERAN et TEISSIER (4) déclarent que l'abondance de l'éruption n'aggrave pas le pronostic.

Enfin, dans un troisième groupe se rangent les cli-

(1) J. CAZALIS : Thèse de Paris, 1874.

(2) MARFAN : Traité des maladies de l'enfance.

(3) HOMOLLE : Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

(4) LAVERAN et TEISSIER : Nouveaux éléments de pathologie médicale, 1894.

niciens qui considèrent les taches rosées lenticulaires comme un signe de pronostic grave. Parmi eux, nous citerons TROUSSEAU (1) : « L'abondance et la persistance de l'éruption, dit-il, coïncident généralement avec une gravité plus grande, ou pour mieux dire, avec une durée plus longue de la maladie ». Et il ajoute : « Cette coïncidence entre la confluence des taches rosées et la gravité de la dothiéntenterie n'a été nulle part plus évidente que lorsque l'éruption, après avoir complètement disparu, se montrait de nouveau et quelquefois à plusieurs reprises successives. »

CHANTEMESSE (2) soutient également que l'abondance des taches rosées dépend surtout de la bénignité ou de la gravité de la maladie, les formes légères fournissant des taches rosées plus discrètes et plus rares.

(1) TROUSSEAU : Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1861.

(2) CHANTEMESSE : *Loco citato*.

CHAPITRE II

Valeur pronostique exacte des taches rosées.—Fièvre typhoïde exanthématique; ses caractères.

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, combien les opinions ont varié au sujet de la signification pronostique des taches rosées, les uns les considérant comme un élément insignifiant, d'autres comme un indice de gravité, d'autres enfin comme un signe de bénignité.

Toutes ces opinions peuvent être soutenues, car elles s'appliquent à des cas particuliers; mais lorsqu'on étudie la question avec un nombre suffisant d'observations, on arrive à des conclusions qui permettent de concilier ces avis en apparence contradictoires et de préciser la signification exacte que présentent les taches rosées au point de vue du pronostic.

Les recherches de MM. WEILL et LESIEUR ont porté sur 280 cas de fièvre typhoïde infantile. Leurs conclusions ne s'appliquent donc d'une façon rigoureuse qu'à la fièvre typhoïde infantile, bien qu'on puisse être tenté de les généraliser à la fièvre typhoïde des adultes.

Il semble d'ailleurs que, pour se faire une opinion au milieu du désaccord des auteurs, il faille étudier et suivre l'élément éruptif de la fièvre typhoïde dans les cas où il se présente avec le plus de netteté, où ses caractères sont les plus saisissants. Or, c'est chez les enfants et les jeunes gens, dont la peau fine et blanche permet le mieux l'étude des exanthèmes, que cette recherche sera faite avec le plus de profit.

Objectera-t-on que le pronostic de la fièvre typhoïde infantile est rarement grave, et que ce fait infirme d'avance toutes conclusions sur la valeur pronostique générale d'un symptôme que l'on aurait étudié exclusivement dans un service d'enfants? Il est facile de répondre en montrant que la fièvre typhoïde peut être, quoi qu'on dise, aussi grave dans la seconde enfance qu'à l'âge adulte, puisque sur 280 cas observés en 6 ans dans un service de filles, âgées de 2 à 15 ans, 15 cas de mort ont été relevés à l'hospice de la Charité de Lyon. M. le professeur agrégé WEILL (1) a observé, dans la même catégorie de malades, 46 cas graves sur 196 fièvres typhoïdes, soit 23 0/0, et 27 cas de gravité moyenne, contre 124 cas de forme bénigne ou atténuée. D'ailleurs, c'est par comparaison entre des faits relatifs à des enfants appartenant aux mêmes séries épidémiques, que MM. WEILL et LESIEUR ont essayé de dégager une forme particulière de la fièvre typhoïde infantile.

Comme toutes les statistiques de ce genre, la nôtre comprend des cas de fièvre typhoïde sans éruption, des

(1) WEILL : Précis de médecine infantile, Paris 1899.

cas d'éruption particulièrement abondante, et des cas moyens plus nombreux. Le plus souvent, les taches rosées ont apparu du 8^o au 10^o jour, ont duré cinq ou six jours, pour reparaître une ou deux fois, presque toujours localisées à la paroi antérieure de l'abdomen, et au nombre de 8 ou 10 à la fois seulement.

Pour être moins nombreux, les cas où l'éruption s'est montrée intense, n'ont pas paru moins intéressants. Bien au contraire; c'est par eux que MM. WEILL et LESIEUR ont appris à connaître la véritable valeur des taches rosées lenticulaires au point de vue du pronostic; et leur fréquence, loin d'être exceptionnelle, leur a semblé assez grande pour qu'ils aient cru pouvoir les réunir dans une même description sous une même rubrique et en faire une forme spéciale: la **forme exanthématique** (1).

Le premier et le principal caractère de cette forme, c'est *l'importance de l'éruption cutanée*.

Les taches rosées y sont souvent précoces, apparaissant des le 7^e, le 6^e et même le 4^e jour; parfois leurs dimensions sont exagérées; elles peuvent être ecchymotiques, papuleuses, Mais toujours, leur nombre est considérablement accru; leur généralisation à toute la surface cutanée est la règle. On en trouve sur l'abdomen, le creux épigastrique, le thorax, le cou, les fesses, dans les flancs, dans le dos, à la racine des cuisses et des bras, parfois même sur les jambes et les avant-bras; quelques-unes ont été vues à la face et sur les mains. Il

(1) Nous empruntons la description de cette forme au mémoire inédit de MM. WEILL et LESIEUR.

est souvent difficile d'en évaluer le nombre, et ces cas rappellent en petit celui de MURCHISON (1), qui a pu en compter plus de 1,000'.

Il ne paraît exister aucun rapport entre l'importance de l'exanthème et l'abondance de la desquamation, cet autre symptôme sur lequel M. le professeur WEILL (2) a attiré l'attention.

C'est pourquoi, MM. WEILL et LESIEUR n'ont pas voulu donner au groupe de faits qu'ils signalent, le nom de *forme cutanée*, mais celui de *forme éruptive* ou mieux encore *exanthématique*, à cause du défaut d'éruption intestinale.

Le second caractère de cette forme est précisément l'absence ou la réduction extrême des signes d'énanthème, c'est-à-dire la bénignité ou l'*absence des symptômes digestifs*.

Le plus souvent, en effet, les fonctions digestives ne sont nullement troublées; aucun signe objectif ou subjectif n'attire l'attention du côté du tractus gastro-intestinal. En général, le malade n'a pas de coliques, pas de vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Le ventre est plat, on ne provoque pas de gargouillement iléo-cœcal; le foie n'est pas augmenté de volume; la rate est normale ou légèrement tuméfiée; la langue ne présente pas les caractères de la langue typhique. Si la diarrhée existe, on peut dire qu'elle sera très légère et disparaîtra rapidement; la constipation est plus fréquente, mais ne se montre jamais rebelle à l'administra-

(1) MURCHISON : *Loco citato*.

(2) WEILL : Premier Congrès de médecine interne, Lyon, 1894.

tion des lavements. Si l'abdomen est ballonné, il l'est modérément. Si la rate est tuméfiée, c'est seulement sur une hauteur de deux ou trois travers de doigt que sa matité est perceptible. La langue enfin, est-elle saburrale? Elle sera détergée bien avant que les taches rosées aient disparu, bien avant que la maladie soit arrivée au terme de son évolution. — Il faut évidemment tenir compte des cas mixtes dans lesquels l'exanthème et l'énanthème sont associés; encore doit-on dire que dans la plupart d'entre eux, les troubles digestifs diminuent ou disparaissent le jour de l'apparition ou de la généralisation des éléments éruptifs; si bien que ces faits que l'on pourrait opposer à l'établissement d'une forme éruptive de la dothiënenterie, sont précisément les plus démonstratifs en faveur de l'hypothèse d'une dérivation des lésions typhiques de l'intestin vers la peau. D'ailleurs, c'est encore une forme cutanée que celle dont les symptômes sont simplement prédominants du côté des téguments, sans exclusion absolue des autres appareils; l'abondance des lésions n'empêche point la participation du système nerveux, par exemple; il y a des formes cutanées de dothiënenterie, accompagnées de températures très élevées, de délire, d'exagération des réflexes rotuliens et même de trépidation épileptoïde. En somme, c'est seulement aux formes intestinales qu'il faut opposer, selon MM. WEILL et LESIEUR, les formes exanthématiques et cela surtout au point de vue du pronostic.

C'est en effet, dans la *bénignité du pronostic*, que la dothiënenterie exanthématique, trouve son troisième caractère principal.

Dans toutes les observations relatées plus loin, la guérison a été la règle, sauf dans un cas qui se signalait à la fois par une éruption de taches rosées abondantes et une diarrhée intense; l'enfant mourut d'entérorragie, et l'autopsie révéla des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, qui avaient naturellement une part importante dans la complexité des phénomènes symptomatiques et la terminaison fatale.

Le plus souvent c'est au bout de quinze ou vingt jours que la guérison est survenue; fréquemment la fièvre a cédé au traitement par les bains froids en huit ou dix jours, et les cas sont rares où le tracé thermique s'est maintenu élevé pendant plus de trois semaines. Jamais, pour ainsi dire, aucune complication sérieuse n'est venu troubler l'évolution bénigne de la maladie, tandis que dans les formes non exanthématiques, nous avons relevé une mortalité de 6,44 pour 100.

On peut donc maintenant, pensent MM. WEILL et LESIEUR, résoudre la question de la valeur pronostique des taches rosées lenticulaires : laissant de côté les cas intenses, où les lésions siègent à la fois vers la peau et vers l'intestin, et les cas légers, où l'on ne trouve ni exanthème, ni énanthème, on peut poser en règle générale au moins pour les cas moyens qui sont les plus nombreux, qu'*une éruption abondante de taches rosées lenticulaires doit faire prévoir l'atténuation des symptômes intestinaux et faire porter un pronostic bénin.*

Bénignité du pronostic, réduction extrême des troubles digestifs, prédominance des lésions cutanées, voilà bien de quoi justifier l'établissement d'une nouvelle forme clinique, si toutefois l'on peut prouver par des

chiffres que ces trois éléments marchent le plus souvent de pair, et que leur association se montre relativement fréquente. Or, voici les chiffres que MM. WEILL et LESIEUR ont obtenu.

Sur 280 cas, 73 se sont fait remarquer par un exanthème exceptionnellement intense, et dans 15 seulement parmi ces derniers, les troubles digestifs ont mérité d'être signalés.

Parallèlement, MM. WEILL et LESIEUR ont dénombré les cas de fièvre typhoïde sans troubles digestifs notables dont ils ont eu connaissance, et sur 73 cas ils n'en ont trouvé que 15 où l'éruption ait été insignifiante.

Cela, rapproché du fait déjà signalé de l'absence de mortalité dans les formes éruptives non diarrhéiques, et de la mortalité de 6,28 pour 100 relevée dans les formes non éruptives, montre avec combien de raison MM. WEILL et LESIEUR ont pu grouper dans une seule et même description trois caractères si souvent observés simultanément. Quand nous aurons dit que le chiffre de 58 atteint par leurs *formes exanthématiques*, comparé au nombre total de leurs observations qui est de 280, donne un pourcentage de 20,71, on ne pourra refuser d'accorder droit de cité à une forme si fréquente et si importante à connaître au point de vue du pronostic.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

1° **Formes exanthématiques** (Observation I à LVIII).

2° **Formes non exanthématiques :**

- a) *Forme légère* : Observation LVIX.
 - b) *Forme intense* : Observation LX.
 - c) *Forme classique* : Observation LXI.
-

Il serait long et fastidieux de relater le détail de tous les cas de dothiënenterie éruptive que nous avons observés. En connaître un seul équivaut à les connaître tous, tant le tableau clinique de l'un d'entre eux est calqué sur le tableau clinique de chacun des autres, et tant il est vrai de dire qu'ils constituent, par leur ensemble, une véritable forme de fièvre typhoïde.

Cependant, il a semblé à MM. WEILL et LESIEUR qu'il fallait établir quelques variétés, basées sur l'évolution générale de la maladie, sa durée, la marche de la température, le détail des symptômes digestifs et généraux ; et ils sont arrivés à la classification suivante qui leur a paru rendre bien compte de la réalité des faits observés.

Nous diviserons donc nos observations de fièvre typhoïde exanthématique en quatre variétés :

A) Fièvres typhoïdes exanthématiques *bénignes* (Obs. I à XXII).

B) Fièvres typhoïdes exanthématiques *moyennes* (Obs. XVIII à XXXVII).

C) Fièvres typhoïdes exanthématiques en apparence *graves* (Obs. XXXVIII à XLIX).

D) Fièvres typhoïdes exanthématiques à *rechutes* (Obs. L à LVIII).

Pour chaque variété, nous nous bornerons à rapporter *in-extenso* une ou deux observations parmi les plus probantes, et à résumer brièvement les autres au point de vue spécial qui nous occupe.

A) FORMES EXANTHÉMATIQUES BÉNIGNES

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dotbiéentérie, forme exanthématique bénigne : durée 12 jours ; entrée au 4^e jour avec taches rosées abondantes ; pas de diarrhée, pas de matité splénique ; desquamation. — Trépidation plantaire persistant à la sortie. — Jamais de délire. — 35 bains de 10 minutes à 30°.*

Mélanie Rochet, 14 ans ; entre le 11 septembre, sort le 10 octobre 1899.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Rougeole à 7 ans.

Depuis trois jours, céphalalgie, douleurs abdominales, lassitude générale. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée ; hier, la malade

a dû s'aliter; elle a été purgée. La température était de 40°6.

11 septembre. — Dans le service, l'enfant est abattue, ne délire pas; pas de diarrhée ni de vomissements; pas de toux. Elle supporte parfaitement les bains.

Ventre légèrement ballonné, non douloureux à la pression; un peu de gargouillement iléo-cœcal.

Sur la peau de l'abdomen, éruption abondante de taches rosées lenticulaires; on retrouve des taches analogues sur la poitrine, dans le dos, sur les membres supérieurs.

Pas d'augmentation de volume du foie ni de la rate. Langue effilée, blanche au centre, rouge sur les bords; rien à la gorge.

Aux poumons : sibilances et ronflements nombreux disséminés.

Au cœur : pas de bruits anormaux. Pouls : 124, régulier, mais mou, dépressible, parfois dicrote.

Pas de surdité, pas de bourdonnements d'oreille. Exagération des réflexes rotuliens. Trépidation plantaire.

Urines : léger disque d'albumine.

Séro-diagnostic : positif à 1 p. 10 en 1/2 heure.

14 septembre. — La température baisse très rapidement. Il y a toujours beaucoup de taches rosées sur l'abdomen, les bras, les jambes. Pas de diarrhée, légère constipation. Pas de matité splénique.

18 septembre. — La température oscille depuis deux ou trois jours et tend à devenir normale. Les taches rosées disparaissent. Pas de diarrhée, pas de matité splénique; léger enduit saburral sur la langue. Pouls : 72. Trépidation plantaire très nette; légère exagération des réflexes.

10 octobre. — Il y a eu de l'hypothermie du 20 au 24 septembre.

Depuis, la température rampe autour de 37°.

Desquamation abondante dans les flancs. La trépidation plantaire persiste.

L'enfant sort guérie.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dothiëntérie, forme exanthématique bénigne, contractée à l'hôpital au cours d'une rougeole, et observée dès le début; diarrhée passagère, splénomégalie; taches rosées abondantes le 3^e jour de la fièvre. — Durée 10 jours. — 29 bains de 10 minutes à 30°.*

Mélanie Alex, 4 ans; entre le 17 août, sort le 14 octobre 1896.

Antécédents : Père mort probablement d'une endocardite rhumatismale, il y a 3 ans.

Mère également rhumatisante : première atteinte, il y a 14 ans, qui aurait duré 3 mois; deuxième atteinte, il y a 11 ans.

Deux enfants bien portants; trois enfants morts : un à 2 mois du croup; un autre à 15 mois de convulsions, au cours d'une diarrhée chronique; un autre à 33 mois de méningite.

Ant. personnels : Diarrhée à l'âge de 7 mois, ayant duré 60 jours.

Pas de rougeole, pas de coqueluche, pas de scarlatine.

Il y a deux ans, l'enfant a été traitée pour un début de rachitisme.

Depuis sept jours, l'enfant a perdu son entrain, est devenue somnolente et maussade, a été obligée de s'aliter; depuis trois jours elle a des vomissements, de la diarrhée; légère épistaxis.

Etat actuel : Visage légèrement boursoufflé; catarrhe oculonasal en voie de disparition; lèvres d'un rouge vif. Sur le visage, éruption survenue depuis hier soir, non confluyente, régulièrement disséminée sur toute la face, le cou, le tronc surtout à la partie postérieure, les membres supérieurs. Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement tuméfiés.

L'examen de la cavité buccale ne révèle la présence d'aucun exanthème.

A la gorge, cependant, angine assez intense. La langue est sale, chargée, rouge sur les bords et à la pointe.

Plusieurs vomissements par jour; *diarrhée* intense (10 à 12 selles) depuis une semaine.

Palpation du ventre indolore, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite, un peu de ballonnement et de météorisme.

Foie indolore.

Rate imperceptible à la palpation, sa percussion ne permet pas de dire qu'elle est hypertrophiée.

Cœur : La pointe bat dans le 5^e espace sur la ligne mamelonnaire; pas d'hypertrophie notable. A l'auscultation : battements précipités mais réguliers.

Souffle systolique à la pointe, ne se propageant pas dans l'aisselle, semblant s'atténuer par pression sthétoscopique. Retentissement marqué du deuxième bruit à la pointe et au foyer aortique.

Pouls : 128.

Poumons : Pas de zone mate, respiration normale perceptible dans toute la hauteur des deux poumons. Ni souffle, ni râles.

18 août 1896. — Le premier bruit cardiaque est indistinct, mais il n'y a pas de souffle ce matin.

Toux fréquente, légère dyspnée, pas d'expectoration. Pas d'altération de la sonorité, mais dans la région de l'omoplate bouffées de râles fins, fugitifs, sans souffles.

19 août. — Ce matin, éruption caractéristique de rougeole avec prédominance à la face où elle est confluyente.

Toux quinteuse, quelques râles sibilants dans les poumons, mais surtout les quintes de toux développent en arrière et particulièrement à droite des bouffées de râles crépitants.

20 août. — L'éruption a presque disparu à la face; elle est très intense et confluyente sur le reste du corps, un peu plus pâle.

24 août. — L'éruption a disparu.

La toux persiste, la poitrine est remplie de râles fins. Desquamation abondante et généralisée.

2 septembre — Ecoulement séro-purulent, peu abondant, par les oreilles depuis deux jours; petites pustules purulentes dissé-

minées à travers le corps. Température à assez grandes oscillations.

10 septembre. — Depuis le 8, rapidement, la température a atteint 40° et s'est maintenue à cette hauteur. La malade est redevenue triste et maussade. Le ventre est ballonné, sonore, douloureux à la pression, particulièrement dans la fosse iliaque droite. *Nombreuses taches rosées.*

Diarrhée légère.

Le cœur est très rapide, mais les bruits sont nets et bien frappés, et il n'y a pas de traces de souffles.

Aux poumons, on entend des râles humides, assez nombreux, dissimulés dans les deux poumons.

15 septembre. — Légère amélioration. *Taches rosées nombreuses.*

Ventre tympanisé. *Pas de diarrhée.*

Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

On ne sent ni la rate, ni le foie.

Pouls : 132, régulier.

Pas de trépidation, réflexe tendineux conservé.

24 septembre. — La température baisse en subissant des oscillations. Etat général meilleur. Toujours douleurs dans la fosse iliaque. Foie douloureux, débordant. On sent la pointe de la rate; matité: trois travers de doigt. Pas de trépidation plantaire, abolition des réflexes tendineux. Pas de phénomènes nerveux.

Pouls : 120, régulier. Rien au cœur.

29 septembre. — La température a continué à baisser. Ce matin, érythème occupant les deux joues, la partie supérieure du cou, touchant les deux oreilles, formant un placard. Son bord supérieur forme une espèce de bourrelet comme dans l'érysipèle. Pas de température. — Un petit ganglion sous-maxillaire gauche.

Desquamation abondante au tronc.

On ne sent plus la rate, ni le foie.

Pouls : 96... Plus de diarrhée.

30 septembre. — Hier, dans l'après-midi, l'éruption d'urticaire

a complètement disparu, puis a reparu le soir après le repas, abondante et généralisée.

Ce matin, l'éruption qui a pâli, hier soir, en quelques minutes, vient de reparaître identique. Puis elle disparaît en quelques minutes.

Les paupières restent rouges, bouffies.

Les éruptions n'apparaissent qu'après les repas.

Pas de fièvre.

1^{er} octobre. — Le 30 septembre, l'enfant a pris une nouvelle poussée d'urticaire après son deuxième repas. Chaque poussée dure à peu près une heure. Ecoulement purulent par l'oreille depuis l'entrée.

2 octobre. — L'éruption a disparu. Ecoulement des deux oreilles.

13 octobre. — L'écoulement a à peu près disparu.

14 octobre. — L'enfant sort guérie.

Observations, résumées, recueillies dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.

OBSERVATION III. — Lucie B..., 5 ans et demi, 1893.

Taches rosées vers le 9^e jour, sur l'abdomen, où elles sont légèrement saillantes ; le 11^e jour, elles sont nombreuses à la partie supérieure des cuisses et sur les membres supérieurs.

Constipation.

Matité splénique : 5 cent.

Pas de ballonnement.

Desquamation. Température maxima : 39°.

Durée 15 jours. Quelques bains.

OBSERVATION IV. — Louise-Marie P..., 2 ans et demi, 1894.

Taches rosées apparues vers le 6^e jour sur l'abdomen ; au 8^e jour, elles sont très nombreuses ; il y a de nouvelles taches à la partie antérieure du thorax.

Pas de diarrhée, ni de vomissements.

Matité splénique : 6 cent. 1/2.

Météorisme.

L'enfant a toujours été très gaie et sans symptômes nerveux.

Pas d'albuminurie.

Durée : 16 jours. 25 bains à 30°.

OBSERVATION V. — Anna C..., 7 ans et demi, 1894.

Taches rosées très nombreuses au 11^e jour.

Pas de diarrhée ; un seul vomissement au début.

Rate peu volumineuse.

Pas de ballonnement du ventre.

Albuminurie très légère pendant deux jours.

Desquamation à la convalescence.

Durée : 15 jours. — 39 bains de 10 minutes à 30°.

OBSERVATION VI. — Marie-Jeanne J..., 12 ans, 1894.

Apparition de taches rosées abondantes au 8^e jour, sur l'abdomen, le thorax, le tronc ; au 13^e jour, on en voit de nouvelles sur l'abdomen, le thorax, dans le dos, à la racine des cuisses.

Légère constipation.

Pas d'augmentation de volume de la rate.

Ballonnement du ventre peu marqué. Pas de gargouillement iléo-cœcal.

Desquamation.

Durée : 15 jours. — 35 bains de 10 minutes à 30°.

OBSERVATION VII. — Joséphine T..., 9 ans et demi, 1894.

Au 8^e jour, taches rosées nombreuses sur l'abdomen, dans le dos, à la racine des cuisses. Elles ont disparu au 19^e jour.

Un peu de diarrhée pendant une dizaine de jours : 2 selles par jour.

Matité splénique augmentée : 7 à 8 cent.

Météorisme.

Desquamation.

Durée : 20 jours environ. — 48 bains de 10 minutes à 30°.

OBSERVATION VIII. — Alice L..., 6 ans et demi, 1894.

Taches rosées, nombreuses au 7^e jour ; sur l'abdomen, dans le dos, à la racine des cuisses ; au 10^e jour, nouvelles taches très abondantes sur les cuisses et le thorax. Elles disparaissent vers le 12^e jour.

Diarrhée très légère : 2 selles par jour, pendant 5 ou 6 jours.

Rate assez volumineuse : deux vomissements au début.

Ballonnement du ventre très léger.

Durée : 15 jours. 31 bains de 10 minutes à 30°.

OBSERVATION IX. — Jeanne P..., 10 ans et demi, 1894.

Quelques taches rosées au 7^e jour. Nouvelle éruption abondante au 11^e jour.

Constipation légère qui cède à l'administration de lavements. Quelques vomissements au début.

Rate augmentée de volume.

Pas de ballonnement, ni de gargouillement.

Pas de météorisme.

Légère desquamation.

Durée : 15 jours. — Intolérance des bains à 30°. 25 bains à 33°.

OBSERVATION X. — Marie B..., 8 ans et demi, 1895.

Taches rosées, au 9^e jour, disséminées sur l'abdomen et dans les flancs. Au 12^e jour, elles sont très nettes et très abondantes ; on en voit quelques-unes sur les cuisses.

Légère diarrhée, le 7^e et le 8^e jour seulement.

Rate normale. Quelques vomissements au début.

Pas de ballonnement du ventre, pas de gargouillement.

Pas de météorisme.

Durée : 16 jours. 35 bains à 30°.

OBSERVATION XI. — Isabelle B..., 9 ans, 1895.

Au 6^e jour, apparition de quelques taches rosées ; elles sont très nombreuses, le 10^e jour, sur l'abdomen, dans le dos, sur les cuisses, sur les fesses.

Diarrhée légère : une fois seulement la malade a eu 3 selles en 24 heures.

Rate normale.

Ni ballonnement, ni gargouillement.

Durée : 12 jours. 42 bains à 30°.

OBSERVATION XII. — Suzanne F..., 5 ans, 1895.

Taches rosées vers le 8^e jour, très nombreuses sur la paroi antérieure de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Elles commencent à disparaître au 15^e jour.

Constipation.

Rate normale.

Pas de ballonnement du ventre.

Durée : 15 jours. 14 bains à 30°.

OBSERVATION XIII. — Marie M..., 14 ans, 1895.

Taches rosées apparues vers le 8^e jour, sur l'abdomen et la poitrine. Au 9^e jour elles sont très abondantes ; on en trouve aussi dans le dos. Le 10^e jour, quelques-unes prennent une apparence vésiculeuse. La plupart pâlisent vers le 13^e jour et disparaissent vers le 15^e.

Diarrhée légère, au début seulement : 3 ou 4 selles au plus dans la journée.

Rate non volumineuse.

Pas de ballonnement.

Durée : 21 jours. 56 bains à 30°.

OBSERVATION XIV. — Julie S..., 3 ans et demi, 1895.

Au 10^e jour, apparition de nombreuses taches sur l'abdomen, la poitrine ; on en trouve aussi dans le dos. Elles persistent cinq ou six jours.

Légère constipation.

Pas d'augmentation de volume de la rate.

Pas de météorisme ni de gargouillement.

Durée : 15 jours. 23 bains à 30°.

OBSERVATION XV. — Berthe D..., 10 ans, 1896.

Apparition des taches rosées vers le 7^e jour; elles sont très abondantes sur l'abdomen et la poitrine; elles s'effacent vers le 14^e jour.

Légère constipation.

Rate un peu volumineuse.

Pas de ballonnement ni de gargouillement.

Séro-diagnostic positif le 7^e jour.

Durée : 15 jours. 33 bains à 30°.

OBSERVATION XVI. — Marie J..., 6 ans, 1897.

Taches rosées apparues vers le 6^e jour; très nombreuses sur l'abdomen, dans le dos, la poitrine; persistent jusqu'au 22^e jour.

Diarrhée légère pendant 7 jours : 3 selles dans la journée.

Rate non augmentée de volume.

Un peu de ballonnement du ventre.

Séro-diagnostic positif vers le 6^e jour.

Durée : 12 jours. 25 bains à 30°.

OBSERVATION XVII. — Marie Pr..., 3 ans, 1897.

Taches rosées très nombreuses, apparues le 6^e jour.

Constipation habituelle; légère diarrhée pendant un jour seulement.

Rate non perceptible à la palpation.

Peu de ballonnement; pas de gargouillement iléo-cœcal.

Durée : 12 jours. 29 bains à 30°.

OBSERVATION XVIII. — Rose N..., 12 ans et demi, 1898.

Apparition des taches rosées vers le 8^e jour, très nettes, en quantité considérable sur la poitrine, l'abdomen et dans le dos.

Pas de diarrhée.

Légère augmentation de la matité splénique.

Ballonnement peu notable.

Durée : 18 jours. 46 bains à 30°.

OBSERVATION XIX. — Julie B..., 7 ans et demi, 1899.

Taches rosées constatées le 7^e jour, répandues en assez grande abondance sur le creux épigastrique et la paroi antérieure du thorax, sur l'abdomen, dans les flancs et dans le dos.

Le 12^e jour, nouvelle éruption de macules larges, très colorées, répandues sur l'abdomen, le thorax, dans les flancs, dans le dos, sur les bras, sur les cuisses. On en voit même quelques-unes à la face.

Elles commencent à pâlir et à disparaître vers le 15^e jour.

Diarrhée très légère.

Pas d'augmentation de volume de la rate.

Pas de ballonnement.

Séro-diagnostic positif le 7^e jour.

Durée : 16 jours. Intolérance pour les bains.

OBSERVATION XX. — Claudine C..., 11 ans et demi, 1899.

Taches rosées apparues vers le 8^e jour; elles sont très nombreuses sur l'abdomen, le thorax, dans les flancs et dans le dos. Quelques-unes commencent déjà à pâlir.

Pas de diarrhée ni de vomissements.

Rate non volumineuse.

Pas de ballonnement

Séro-diagnostic positif le 8^e jour.

Durée : 15 jours. 10 bains à 30°.

OBSERVATION XXI. — Jeanne C..., 6 ans, 1899.

Éruption abondante de taches rosées vers le 8^e jour sur l'abdomen et le thorax; le 11^e jour elles se répandent sur les cuisses, les jambes, les bras, le cou; elles pâlissent vers le 18^e jour.

Pas de diarrhée.

Pas d'augmentation de volume de la rate.

Léger ballonnement, pas de gargouillement.

Séro-diagnostic positif le 18^e jour.

Durée : 15 jours. 36 bains à 30°.

OBSERVATION XXII. — Antonia L..., 5 ans et demi, 1899.

Apparition des taches rosées vers le 6^e jour, au niveau des lombes; elles commencent à s'effacer vers le 9^e jour. Nouvelle éruption le 11^e jour; on compte une dizaine de taches sur l'abdomen, trois ou quatre sur les cuisses, une demi-douzaine dans les lombes et autant dans le dos. Durée de l'éruption : 3 ou 4 jours.

Diarrhée légère au début, puis constipation assez opiniâtre.

Matité splénique non perceptible.

Léger ballonnement du ventre.

Séro-diagnostic positif le 8^e jour.

Durée : 19 jours. 44 bains 30°.

B) FORMES EXANTHÉMATIQUES MOYENNES

OBSERVATION XXIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde, forme exanthématique moyenne; éruption de taches rosées abondantes, suivie d'une éruption générale rubéoliforme; diarrhée très légère, pas de matité splénique. Déjervescence brusque, vomissements à la convalescence. Durée 15 jours. 33 bains de 10 minutes à 30°.*

Jeanne Corcombet, 15 ans, polisseuse, entre le 5 octobre 1899, sort le 26 octobre 1899.

Père et mère bien portants; une sœur, morte à 4 ans, d'angine diphtérique.

Antécédents personnels : Rougeole à 2 ans, coqueluche à 5 ans, pas d'autre maladie depuis.

Il y a huit jours, l'enfant, qui se plaignait de lassitude depuis quatre jours déjà, dut se mettre au lit. Elle souffrait alors de céphalalgie, de douleurs abdominales. Elle eut deux épistaxis abondantes, une selle diarrhéique seulement; selles normales depuis. Pas de vomissements; pas de toux.

Dans le service, l'enfant est abattue, ne délire pas ; elle a eu une selle diarrhéique jaune.

La langue est rouge sur les bords et à la pointe, revêtue au centre d'un enduit blanchâtre épais. Rien à la gorge.

Ventre très légèrement ballonné, un peu douloureux. Gargouillement iléo-cœcal.

Taches rosées nombreuses sur la paroi abdominale et dans le dos. Pas d'augmentation de volume du foie et de la rate.

Aux poumons, râles de bronchite disséminés, peu nombreux.

Rien au cœur ; pouls : 116, régulier, dépressible.

Pas de surdité ; pas de bourdonnements d'oreille. Réflexes rotuliens plutôt exagérés. Trépidation plantaire peu marquée.

Urines : albumine en assez grande quantité.

Séro-diagnostic positif (1 p. 10, 1/2 h.). Température rectale : 39°9.

6 octobre. — 20 taches rosées environ sur l'abdomen, 2 sur le thorax, une douzaine dans le dos et sur les fesses.

Pas de ballonnement, pas de matité splénique.

10 octobre. — L'éruption n'a pas augmenté au tronc, mais s'est étendue sur les membres, en particulier sur les cuisses et même sur les jambes ; on voit des taches rosées sur le cou.

5 selles diarrhéiques peu abondantes. Ventre tout à fait plat. Matité splénique : 2 travers de doigt. La langue ressemble à une langue scarlatineuse.

11 octobre. — La température est descendue brusquement à 38°. La malade a eu, depuis hier, trois vomissements peu abondants, légèrement bilieux. La diarrhée a cessé ; pas d'hémorragie. La langue est humide. La malade se sent bien. 108 pulsations régulières.

Le ventre est plat, non douloureux. Quelques sudamina sur le devant de la poitrine. Il y a une éruption de petites taches rosées au niveau des flancs et de l'abdomen ; ces taches présentent de grandes analogies avec les taches rosées vraies que l'on voit également, et se relie à elles par des macules intermédiaires comme caractères.

Trépidation plantaire très marquée.

Exagération des réflexes rotuliens.

12 octobre. — Vomissements bilieux cette nuit. Pas de diarrhée. Bon état général.

13 octobre. — Cette nuit un vomissement bilieux peu abondant avec débris alimentaires et mucosités. Langue à peu près normale.

La trépidation plantaire existe toujours, tend à diminuer.

Au bas des jambes et sur le dos des pieds, éruption de quelques macules réunies par petits groupes de quatre ou cinq ou isolées. Cette éruption rappelle absolument celle qui existe actuellement au niveau des flancs et de l'épigastre, ressemblant à l'éruption de la rougeole ; on la voit aussi sur les fesses et sur le dos. Il y a un début d'éruption très discrète sur les bras et le dos des mains.

26 octobre. — Plus de vomissements, plus de diarrhée depuis le 16. Apyrexie complète. L'éruption a duré trois à quatre jours. Disparition de la trépidation plantaire.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XXIV

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde, forme exanthématique moyenne. Constipation. Pas de matité splénique. Pas de symptômes nerveux. Entrée au 3^e jour avec séro-réaction et taches rosées. Durée 13 jours ; 13 bains de 10 minutes à 30°.*

Marguerite Décaudier, 5 ans et demi, entre le 3 octobre 1899, sort le 26 octobre 1899.

Antécédents : Père bien portant. Mère actuellement à l'Hôtel-Dieu pour salpingite probablement ; se porte bien d'habitude ; quatre enfants morts en bas-âge de convulsions ; un enfant bien portant actuellement à la campagne ; un autre de deux ans aurait la fièvre typhoïde. Personnellement, se porte bien habituellement : a eu la rougeole.

L'affection actuelle a débuté il y a huit jours par de la céphalalgie, de la diarrhée (7 selles en 24 heures) ; l'enfant

vomissait tous les aliments ingérés. Un médecin appelé prescrit de l'antipyrine.

Dans le service, l'enfant est très abattue, ne délire pas ; elle a vomi une fois seulement, n'a pas eu de diarrhée ; elle ne se plaint pas. Pas de toux. Les lavements amènent des matières jaune clair.

La langue est rouge aux bords et à la pointe, revêtue au centre d'un enduit blanchâtre très épais. Les amygdales sont grosses. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux ; gargouillement iléo-cœcal. Le foie ne déborde pas ; la rate n'est pas sentie. Matité splénique : 2 travers de doigt.

Sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen, on voit deux sortes d'éléments éruptifs : 1° nombreux éléments purpuriques punctiformes, d'origine parasitaire, qu'on retrouve aussi sur les cuisses, qui ne disparaissent pas par la pression ; 2° macules rosées plus discrètes quoique assez nombreuses, plus larges, s'effaçant par la pression et la tension de la peau, et qu'on retrouve en très grande abondance dans toute la région postérieure du tronc.

Au poumon : Râles sonores, disséminés ; quelques râles plus fins, fugaces, à la base droite où l'on trouve aussi de la submatité.

Au cœur : Pas de bruits anormaux ; 132 pulsations régulières ; poulx dépressible.

Pas de trépidation plantaire, pas d'exagération des réflexes, pas de surdité.

L'enfant est grognon, pleure quand on l'examine, se tient couchée en chien de fusil. Pas de raideur de la nuque. Pas de signe de Kernig. Pas de rigidité des membres.

Urines troubles, sans albumine.

Séro-diagnostic positif (1 p. 10, 1 h.).

Température rectale : 39°9.

26 octobre. — L'enfant a toujours été constipée sauf les deux premiers jours, où elle avait deux ou trois selles diarrhéiques peu abondantes.

Les taches rosées ont duré trois ou quatre jours et ont dis-

paru sans laisser de traces. Pas de symptômes nerveux à signaler pendant toute la maladie ; l'enfant a toussé les premiers jours. Défervescence rapide après six jours de bains.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XXV

(Recueillie dans le service de M. le professeur VEILL.)

RÉSUMÉ — *Dothiéntérie, forme exanthématique moyenne ; pas de troubles digestifs, hypertrophie de la rate. — Trépidation plantaire, pas de délire. — Entrée vers le 10^e jour avec taches rosées et séro-réaction. Durée 3 semaines. 35 bains de 10 minutes à 30°.*

Antonia Villemagne, 14 ans et demi, née et demeurant à Lyon, entre le 28 août sort le 4 octobre 1899.

Antécédents : Père et mère bien portants. — Rougeole à l'âge de cinq ans, coqueluche à six ans ; depuis, bonne santé. L'affection actuelle a débuté il y a environ quinze jours par une élévation progressive de la température, de la céphalalgie et une courbature généralisée. Jamais de coliques ni de vomissements, au dire des parents. La malade n'aurait jamais eu de diarrhée, mais plutôt de la constipation.

Le médecin envoie l'enfant avec le diagnostic de fièvre typhoïde : une voisine, en relations avec la mère de la malade et qui fait usage de la même eau (eau de la Compagnie), a présenté des symptômes très nets de dothiéntérie.

A l'entrée, la céphalalgie a disparu, mais il persiste de la courbature très marquée, de la somnolence continuelle. Pas de diarrhée. La langue est blanche au centre, les bords et la pointe sont rouges ; pas d'angine. Le ventre n'est pas tendu pas météorisé ; la palpation n'en est pas douloureuse ; léger gargouillement iléo-cœcal. — La rate est légèrement augmentée de volume, matité : 5 cent. : quelques taches rosées bien nettes. Pas de diarrhée.

Rien au cœur. Pouls : 136. Aux poumons, quelques rares sibillances disséminées. Température : 40.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic positif (1 p. 10 en 1/2 h. culture de 4 jours).
6 septembre. — La température baisse régulièrement.

Pouls : 100 pulsations.

Les taches rosées sont abondantes.

Matité splénique : trois travers de doigt.

Pas de ballonnement du ventre : pas de diarrhée : matières un peu dures, facilement entraînées par les lavements. — Pas de délire ; trépidation plantaire, reflexes rotuliens un peu exagérés.

La malade dit que quand elle se lève, les jambes lui font mal.

18 septembre. — Depuis le 8, température normale. Jamais de diarrhée.

Pas de matité splénique.

Pas de trépidation plantaire.

Pouls : 76 pulsations.

Langue anormale.

30 septembre. — Etat général excellent.

4 octobre. — L'enfant sort guérie.

Observations résumées recueillies dans le service de M. le professeur agrégé WEILL

OBSERVATION XXVI. — Louise B. . . 9 ans et demi, 1894.

Taches rosées au 13^e jour, très nombreuses sur le tronc et à la partie supérieure du dos.

Constipation.

Rate volumineuse, surtout à la convalescence : 8 cent. 1/2.

Ballonnement léger.

Desquamation.

Albuminurie légère et passagère. État général assez bon.

Durée : 20 jours. 71 bains à 30°.

OBSERVATION XXVII — Laurence S. . . , 11 ans, 1894.

Taches rosées nombreuses dès le 4^e jour, sur l'abdomen, la poitrine, le dos, les cuisses ; elles persistent jusqu'à la fin de la maladie.

Diarrhée très légère, n'existant qu'au début ; à la période d'état, plutôt constipation.

Rate volumineuse, surtout depuis le 16^e jour : 8 cent.

Météorisme.

Desquamation.

Menaces de néphrite ; un peu d'albumine dans les urines pendant 12 jours.

Durée 18 jours : 91 bains à 30°.

OBSERVATION XXVIII. — Marie-Louise B. . . , 14 ans, 1895.

Taches rosées très nombreuses vers le 15^e jour, dans le dos, sur les membres ; le 17^e jour, éruption très abondante sur le ventre, le dos, les bras, les cuisses, les jambes. On en voit aussi à la face. Elles commencent à disparaître le 20^e jour.

Diarrhée très légère : une selle par jour pendant 7 jours seulement.

Rate un peu augmentée de volume.

Météorisme. Rachialgie, douleurs dans les membres. Céphalée, dyspnée, léger délire.

Durée : 3 semaines. Amélioration rapide par les bains à 30°.

OBSERVATION XXIX. — Marie F. . . , 14 ans et demi, 1895.

Taches rosées vers le 8^e jour, abondantes, répandues vers la paroi antérieure de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Elles disparaissent vers le 15^e jour.

Diarrhée très légère au début : deux jours, puis constipation.

Pas de matité splénique.

Pas de ballonnement.

Quelques légers troubles nerveux durant les premiers jours.

Durée : 15 jours.

OBSERVATION XXX. — Marie P. . . , 8 ans, 1896.

Nombreuses taches rosées vers le 12^e jour, sur la paroi abdominale et dans le dos ; on en voit à la face postérieure des cuisses.

Constipation.

Pas de matité splénique.

Léger ballonnement du ventre.

Albuminurie assez prononcée pendant une quinzaine de jours.

Exagération des réflexes. Douleurs musculaires.

Durée : 30 jours. 71 bains à 30°.

OBSERVATION XXXI. — Etiennette S..., 3 ans et demi, 1896.

Eruption abondante de taches rosées, vers le 8^e jour, sur l'abdomen, les cuisses, le thorax; elles disparaissent le 11^e jour.

Constipation.

Pas de matité splénique.

Ballonnement du ventre.

Somnolence et léger délire pendant quelques jours au début.

Durée : 16 jours. 31 bains à 30°.

OBSERVATION XXXII. — Marie J..., 3 ans, 1897.

Apparition des taches rosées vers le 8^e jour, elles sont peu colorées, répandues en grand nombre sur tout le tronc, sur les cuisses et sur les épaules; très abondantes au 12^e jour.

Pas de diarrhée.

Pas de matité splénique.

Météorisme.

Séro-diagnostic positif le 15^e jour seulement.

Albuminurie légère qui a persisté assez longtemps.

Durée : 25 jours. 35 bains à 30°.

OBSERVATION XXXIII. — Jean-Marie R..., 13 ans, 1897.

Eruption très abondante de taches rosées vers le 10^e jour.

Diarrhée très modérée : 3 selles peu abondantes, pendant 6 jours seulement.

Matité splénique : 7 cent. 1/2.

Météorisme.

Séro-diagnostic positif au 20^e jour.

Diminution très marquée des réflexes rotuliens.

Durée : 25 jours.

OBSERVATION XXXIV. — Alice V..., 13 ans 1/2, 1897.

Eruption de taches rosées très nettes vers le 14^e jour et très abondantes sur l'abdomen et dans le dos. Elles commencent à disparaître le 23^e jour.

Diarrhée légère pendant les trois premiers jours (3 selles); et vers le 20^e jour (6 selles peu abondantes).

Hypertrophie légère de la rate.

Ballonnement du ventre.

Séro-diagnostic positif le 17^e jour.

Desquamation. Trépidation épileptoïde, exagération des réflexes. Diminution de l'ouïe, bruits de cloche. Vertiges donnant lieu à une fausse stupeur; hyperesthésie très nette des membres inférieurs.

Durée : 16 jours 49 bains à 30°.

OBSERVATION XXXV. — Clarisse J..., 7 ans et demi, 1898.

Taches rosées apparues au 8^e jour, très abondantes le 13^e.

Légère diarrhée jaune ocreuse du 9^e au 14^e jour seulement.

Matité splénique : 4 cent.

Léger ballonnement.

Un peu de délire pendant la 3^e semaine; exagération des réflexes; trépidation plantaire.

Séro-diagnostic positif le 5^e jour.

Durée : 30 jours. 65 bains à 30°.

OBSERVATION XXXVI. — Henriette S..., 6 ans, 1898.

Taches rosées au 8^e jour, très nettes et en quantité considérable sur la poitrine et dans le dos.

Un peu de diarrhée jaune fétide pendant 6 jours.

Région splénique douloureuse, sans hypertrophie notable de la rate.

Ballonnement.

Abolition des réflexes rotuliens.

Durée : 35 jours. 72 bains à 30°.

OBSERVATION XXXVII. — Elise R. . . , 6 ans et demi, 1899.
Taches rosées très nettes et assez abondantes au 11^e jour,
sur l'abdomen et dans le dos.

Constipation.

Rate non accessible à la palpation.

Ventre légèrement ballonné.

Séro-diagnostic positif au 4^e jour. Hypothermie tardive et prolongée.

Durée 25 jours. 82 bains à 30°.

C) FORMES EXANTHÉMATIQUES GRAVES EN APPARENCE

OBSERVATION XXXVIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dotbiénentérie, forme exanthématique grave : pas de diarrhée, hypertrophie de la rate. Développement de taches rosées ; éruption abondante le 11^e jour. — Délire, intolérance pour les bains, trépidation plantaire, douleurs musculaires dans l'hypocondre gauche, albuminurie. — Entrée au 8^e jour avec taches rosées et séro-réaction. — Durée : 7 semaines. — Traitement : bains à 30° et 32°, remplacés par le sulfate de quinine en raison de l'intolérance.*

Henriette Dupuis, 14 ans et demi, entre le 11 septembre, sort le novembre 1894.

Antécédents : Parents bien portants.

Cinq frères ou sœurs en bonne santé.

Personnellement : Bronchite à 2 ans, rougeole à 6 ans.

Bonne santé habituelle. Réglée depuis cette année.

Depuis 8 jours, se plaint de céphalalgie, de douleurs abdominales, de lassitude. Pas de diarrhée. La température prise hier, était de 40°, 6. Pas d'épistaxis.

Etat actuel : L'enfant est très abattue, avec tendance au délire pendant la nuit. Elle supporte bien les bains, ne tousse pas. Ni diarrhée, ni vomissement ; un peu de constipation ; un lavement a amené des matières dures.

Le ventre est légèrement ballonné, un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite où l'on provoque du gargouillement. Taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et les flancs. Pas d'hypertrophie hépatique. Matité splénique de quatre travers de doigt.

Langue effilée, blanche au centre, rouge sur les bords.

Rien à la gorge.

Aux poumons : Râles sonores disséminés.

Au cœur : Rien d'anormal. Pouls : 112, régulier, assez fort.

Pas de surdité ni de bourdonnements d'oreille.

Pas d'exagération des réflexes ni de trépidation plantaire.

Urines : léger disque d'albumine.

Bains à 30°.

L'eau employée dans la maison qu'habite la malade est celle d'une pompe placée dans le jardin.

Il y a de la dothiéntenterie dans le quartier.

12 septembre. — Séro-diagnostic positif à 1 p. 10 en une demi-heure.

Pas de délire, pas de diarrhée.

14 septembre. — Toujours pas de diarrhée. Les taches rosées sont devenues très abondantes sur le ventre, le thorax, les seins, les cuisses et les bras.

15 septembre. — Matité splénique : trois travers de doigt.

Bains à 32°.

16 septembre. — La température se maintient toujours au dessus de 40°, hier on a donné des bains à 32°, la malade ne se réchauffant pas à la suite des bains à 30°. Le bain à 30° donnait un abaissement moyen de 1°, après une heure dans les premiers temps, de quelques dixièmes de degré seulement à la fin. Le bain à 32° ne produit plus de refroidissement,

Pas de délire. *Pas de diarrhée* : Les lavements produisent des selles dures. *Taches rosées très abondantes*. Pas de ballonnement. Matité splénique, deux travers de doigts.

Bon état général ; langue humide à enduit blanchâtre peu épais. Pouls : 104.

Pas de trépidation plantaire.

18 septembre. — La température baisse depuis deux jours. La malade se réchauffe après ses bains qui produisent un abaissement de température de 1 ou 2 degrés.

Matité splénique : un travers de doigt.

Deux selles légèrement diarrhéiques, cette nuit. Pouls : 100.

22 septembre. — Pas de selles diarrhéiques depuis le 18. La matité splénique a disparu. La langue a un enduit très mince.

Trépidation plantaire se développant après quelques essais.

2 octobre. — La diarrhée n'a pas reparu depuis le 18 septembre.

La température a baissé depuis le 22. Elle oscille autour de 39°. L'état général est bon.

Légère tendance à la trépidation.

Depuis deux jours point de côté à gauche. Quelques ronchus dans la poitrine, rien au cœur.

Matité splénique : deux travers de doigt. Douleur à la pression dans la région splénique, paraissant siéger dans la paroi.

6 octobre. — Toujours pas de diarrhée. La température tend à remonter. La douleur persiste au côté gauche. La matité splénique est de quatre travers de doigt. Rien aux poumons.

Ventouses scarifiées sur le côté gauche.

10 octobre. — Cette nuit la malade a eu un frisson une heure après son bain.

11 octobre. — La température se maintient autour de 39°,5. L'état général est bon. La malade commence à ressentir des douleurs plantaires. La paroi abdominale est douloureuse à la pression. Léger enduit blanchâtre sur la langue. Toux légère ; rien aux poumons.

17 octobre. — On ne sent pas la rate à la palpation. Matité splénique : 8 cm.

Le point de côté persiste à gauche. Rien aux poumons ni au cœur.

Desquamation.

La pression est surtout douloureuse à gauche de l'ombilic.

Toujours de la trépidation. Surdité.

Les douleurs plantaires ont disparu.

La malade paraît un peu délirante, répond mal aux questions, grogne et sourit sans raison.

Suppression des bains. Sulfate de quinine 1 gramme.

20 octobre. — La température baisse progressivement. Ce matin 38°,2. L'état général s'améliore. La langue présente un enduit blanc très mince. Constipation.

Rien au foie. Matité splénique : 9 cm.

La desquamation s'accroît sur les flancs.

Trépidation plantaire. Exagération des réflexes. Légère surdité.

128 pulsations régulières. Bruits du cœur un peu faibles ; quelques râles sonores aux poumons.

26 octobre. — Desquamation sur les jambes. Toux assez fréquente. Obscurité et matité à la base droite. 140 pulsations régulières ; à rythme fœtal. Le pouls est petit et mou.

Suppression de la quinine. Ergotine 2 gr. Ventouses.

7 novembre. — Depuis le 26 octobre, la température est devenue à peu près normale. Amélioration de l'état général.

La malade, *toujours constipée*, se plaint de céphalée.

Rien à la poitrine. Pulsations : 104. Matité splénique, trois travers de doigt. — Trépidation plantaire persistante ; exagération des réflexes tendineux.

Suppression de l'ergotine. Calomel 8 gr. 50.

11 novembre. — Du 6 au 9, la malade a eu des oscillations entre 39° et 40°. Dans cette période, deux vomissements et une augmentation de la constipation. Elle n'a vomi que les potages absorbés, sans mucosités ni matières fétides. Le calomel l'a menée trois fois.

Depuis le 9, état général meilleur, la température redescend.

Plus de trépidation plantaire. Réflexes normaux.

La matité splénique diminue.

14 novembre. — La malade sort guérie.

**Observations résumées recueillies
dans le service de M. le professeur agrégé Weill**

OBSERVATION XXXIX. — Marie M..., 9 ans et demi, 1893.

Taches rosées vers le 12^e jour ; le 13^e jour elles sont abondantes sur le ventre et les cuisses ; le 15^e on note leur coloration violacée. Elles disparaissent le 21^e jour.

Diarrhée modérée durant les premiers jours, puis constipation.

Matité splénique augmentée.

Léger ballonnement.

Desquamation.

Albuminurie du 11^e au 20^e jour.

Adynamie au début sans délire.

Durée : 20 jours. 68 bains à 25°. La malade part avec un souffle systolique d'apparence aortique.

OBSERVATION XL. — Elise M..., 6 ans et demi, 1894.

Apparition des taches rosées vers le 12^e jour ; le 13^e elles sont très nombreuses sur l'abdomen et à la racine des cuisses ; le 15^e jour elles prennent une teinte rouge violacée ; elles disparaissent le 22^e jour.

Diarrhée assez notable dès le début.

Hyperthrophie de la rate.

Ballonnement du ventre.

Desquamation.

Mauvais état général au début ; albuminurie fébrile.

Durée : 20 jours. 25 bains à 30° ; 45 bains à 33°. Les bains à 30° produisaient de la cyanose et des frissons prolongés.

OBSERVATION XLI. — Aimée M..., 11 ans et demi, 1894.

Eruption très abondante de taches rosées le 17^e jour ; le 23^e jour on en voit sur le thorax, les fesses.

Diarrhée très modérée pendant 2 jours ; 3 selles, peu abondantes, par jour.

Pas de matité splénique.

Ballonnement du ventre. Desquamation.

Albuminurie fébrile.

Signes très nets de rétrécissement organique de l'aorte.

Durée : 25 jours. 45 bains à 30°.

OBSERVATION XLII. — Elise B..., 10 ans, 1894.

Taches rosées vues au 8^e jour ; très nombreuses sur l'abdomen, le thorax, la partie supérieure des cuisses. Au 11^e jour, elles sont très abondantes sur le tronc, le ventre, les cuisses ; disparition de l'éruption vers le 23^e jour.

Diarrhée très modérée : 2 selles par jour peu abondantes, à la période d'état.

Tuméfaction de la rate tardive et passagère ; matité : 6 cent. 1/2.

Ballonnement léger.

Albuminurie prolongée.

Durée : 3 semaines. 57 bains à 30°.

OBSERVATION XLIII. — Claudine C..., 12 ans, 1894.

Taches rosées en nombre considérable au 7^e jour, sur l'abdomen, le thorax, dans le dos ; nouvelle éruption au 35^e jour.

Diarrhée légère : 2 selles par jour pendant 9 jours.

Augmentation notable de la matité splénique : 9 cent.

Ballonnement.

Quelques phénomènes pulmonaires au début. Albuminurie légère.

Un peu de délire ; douleurs plantaires vers le 30^e jour.

A la convalescence, exagération des réflexes, troubles des mouvements compliqués. Chlorose, anémie intense.

Durée : 40 jours. 90 bains à 30°.

OBSERVATION XLIV. — Mariette B. . . , 13 ans, 1895.

Taches rosées abondantes vers le 7^e jour; elles se développent considérablement le 11^e jour : on en voit sur la poitrine, les cuisses, les jambes, les bras, les avant-bras, dans le dos et sur les fesses. Elles s'effacent au 21^e jour.

Pas de diarrhée, plutôt constipation.

Rate volumineuse.

Pas de météorisme. Albuminurie légère.

Trépidation plantaire sans exagération des réflexes. Délire de satisfaction à la convalescence. Douleurs violentes, lancinantes dans les membres inférieurs.

Durée : 23 jours. 86 bains à 30°.

OBSERVATION XLV. — Blanche D. . . , 14 ans, 1895.

Taches rosées apparues vers le 10^e jour; très nombreuses sur l'abdomen, la poitrine, le dos, le cou, les bras; quelques-unes sur les cuisses. Le 13^e jour elles sont très abondantes.

Diarrhée très modérée : une selle diarrhéique par jour au début; 4 selles au 10^e jour; plus de diarrhée à partir du 13^e jour.

Pas d'hypertrophie de la rate.

Un peu de ballonnement.

Desquamation légère. Rachialgie. Otite moyenne purulente; albuminurie légère.

Durée : 15 jours. 62 bains à 30°.

OBSERVATION XLVI. — Marguerite M. . . , 7 ans 1/2, 1898.

Eruption abondante de taches rosées, au 8^e jour, sur l'abdomen, la face antérieure du thorax, dans les flancs.

Diarrhée légère au début, puis constipation.

Hypertrophie très peu marquée de la rate : matité, 3 cm.

Un peu de ballonnement.

Séro-diagnostic positif au 8^e jour.

Hématémèse, méloëna; malgré cela, amélioration rapide.

Légère trépidation plantaire.

Durée : 25 jours. Les bains ont été supprimés.

OBSERVATION XLVII. — Jeanne M..., 13 ans, 1899.

Taches rosées apparues au 8^e jour, très abondantes sur l'abdomen, le thorax, sur les cuisses et dans le dos.

Pas de diarrhée; un peu de constipation au début.

Rate non augmentée de volume.

Pas de ballonnement.

Séro-diagnostic positif le 8^e jour.

Desquamation. Quelques symptômes nerveux; trépidation plantaire.

Durée : 21 jours. 63 bains à 30°, puis à 28°.

OBSERVATION XLVIII. — Louise B..., 15 ans, 1899.

Eruption très abondante de taches rosées vers le 8^e jour, très nettes, malgré la pigmentation brune intense de la peau; disséminées sur la racine des cuisses et des bras, sur la paroi antérieure du thorax, dans les flancs, dans le dos, au niveau des lombes; on en trouve même sur les avant-bras; il y en a deux sur le dos de la main droite; on en compte une cinquantaine à la région postérieure du tronc. Pas de taches rosées à la face. L'éruption disparaît vers le 20^e jour.

Constipation légère.

Ventre douloureux, ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Pas d'hypertrophie de la rate.

Trépidation épileptoïde. Douleurs plantaires. Absès de la marge de l'anus.

Séro-diagnostic positif le 10^e jour.

Durée : 21 jours. 27 bains à 30°.

OBSERVATION XLIX. — Antoinette N..., 13 ans, 1899.

Taches rosées apparues le 6^e jour sur l'abdomen; le 12^e jour, éruption abondante généralisée.

Diarrhée très légère; 2 selles au maximum en 24 heures.

Rate non augmentée de volume.

Ventre non ballonné.

Dès le début, ataxo-adynergie; secousses dans les membres,

frissonnements, délire avec impulsion, trépidation plantaire à la disparition du délire. Tœnia.

Séro-diagnostic positif le 8^e jour.

Durée : 30 jours. 66 bains à 32°; 32 bains à 30°. Au début, les bains à 30° n'étaient pas supportés.

D) FORMES EXANTHÉMATIQUES A RECHUTES

OBSERVATION L

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dothiéntérie, forme exanthématique à rechutes; constipation, pas de matité splénique. Douleurs musculaires, abdominales, plantaires. Desquamation.*

1^{re} poussée de 23 jours avec éruption généralisée au 14^e jour. Les taches existaient au 7^e jour sur l'abdomen, dans le dos et sur la poitrine.

2^e poussée de 27 jours, sans rémission, avec éruption abondante au 7^e jour à la partie supérieure et antérieure du tronc; taches rosées très nombreuses le 11^e jour.

Entrée au 3^e jour.

216 bains de 10 minutes à 30°.

Adèle Macon, 10 ans, née à Saint-Amour (Jura), demeurant à Lyon, entre le 17 mars, sort le 9 juin 1894.

Antécédents : Père et mère bien portants. Un frère mort en bas-âge d'affection inconnue; un autre en bonne santé.

Rougeole en bas-âge.

La maladie a débuté il y a trois semaines; à ce moment, l'enfant était faible, courbaturée, très abattue. Elle se plaignait de céphalée; pas d'épistaxis, ni de diarrhée, ni de vomissements.

Depuis 8 jours, la maladie s'est peu accusée. La céphalée a augmenté.

A l'entrée, l'enfant n'est pas très abattue; elle répond bien aux questions posées, n'a pas d'obnubilation. La céphalée a sensiblement diminué.

Langue : Blanche, fendillée, sèche, rosée sur les bords. Pas de vomissements.

Abdomen : Fosse iliaque droite un peu douloureuse au palper ; pas de gargouillement, peu de ballonnement.

Taches rosées nombreuses sur l'abdomen et dans le dos.

Pas de diarrhée ; l'enfant serait plutôt constipée.

Foie normal. Rate masquée par la sonorité stomacale.

Cœur : Rien d'anormal.

Poumons : Râles de bronchite disséminés dans toute la hauteur des deux poumons.

Température : A l'entrée : 39°5.

Urines : Un peu d'albumine.

19 mars. — La malade prend des bains à 30°. La température se maintient autour de 40°.

L'enfant dort bien ; pas de délire, ni de mouvements. La céphalée a disparu ; facies pâle, rougeur des pommettes.

Les taches rosées ont augmenté ; on en trouve jusque sur la partie supérieure de la poitrine, sur les cuisses, pas sur les fesses.

Constipation persiste.

Douleur et gargouillement de la fosse iliaque.

Matité splénique : 9 cent. Foie : 11 cent.

Cœur : Pointe dans le 4^e espace en dedans du mamelon. Un léger bruit musical au niveau de l'appendice xyphoïde d'origine extra-cardiaque. Bruit un peu faible.

Pouls : 116, régulier, peu tendu.

Poumons : Tousse un peu ; obscurité aux bases ; râles sonores. Sibilances disséminées dans toute la hauteur des deux poumons. La peau est en chau de poule au niveau de l'abdomen et des parties latérales du thorax. En arrière, les petites saillies de la peau sont constituées par des lamelles qui commencent à se détacher. Au niveau de la partie supérieure de la cuisse, ces différentes lamelles tombent, formant une poudre fine représentant le début de la *desquamation*.

21 mars. — L'état général est meilleur ; l'enfant supporte bien les bains ; la température a une tendance à baisser.

Pouls : 120, régulier.

Pas de dyspnée ; l'enfant ne tousse pas.

24 mars. — La température moyenne se maintient au-dessus de 40°. Physionomie assez bonne, coloration un peu rouge de la figure.

Pas de délire ni de céphalée. La malade est affaiblie, étendue sur le dos, ne bouge pas. Toujours *constipation*.

Langue : humide, blanche au milieu, rouge sur les bords.

Rien à la gorge. Pas de surdité ni de bourdonnements d'oreilles. Les taches rosées sont nombreuses ; éruption généralisée.

Desquamation n'est plus visible. Les petites saillies constatées ont disparu ; à la place de l'épiderme soulevé, il reste de petites taches blanchâtres les remplaçant.

Rate : 10 cent. *Foie* : 10 cent.

Abdomen non ballonné ; douleurs vives dans la fosse iliaque à la palpation.

Cœur : Rien d'anormal à l'auscultation ; pouls : 120, régulier.

Poumons : Râles sonores partout.

Urines : Traces d'albumine.

26 mars. — *Pouls* : 128, régulier. *Respiration* : 32.

Rate : 8 cent.

27 mars. — Quelques râles sonores disséminés dans les poumons.

Rate : 9 cent.

28 mars. — *Desquamation* furfuracée aux deux bases et en arrière du thorax.

Pouls : 32 au 1/4, régulier. *Respiration* : 30, régulière.

Rate : 9 cent.

Les taches rosées ont pâli et sont moins nombreuses. Le ventre n'est pas ballonné, un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, et la pression à ce niveau est douloureuse.

29 mars. — La température moyenne qui a été d'abord au-dessus de 40°, oscille maintenant autour de 39°.

Toujours constipation. Le ventre est peu ballonné. Toujours douleurs dans les fosses iliaques.

Les taches rosées ont à peu près disparu.

Rate : 8 cent. 1/2. *Foie* : 9 cent.

Cœur : Mêmes signes. *Pouls* : 128, régulier un peu mou.

Poumons : Râles sonores disséminés.

3 avril. — La température se maintient toujours.

Constipation, douleur très vive dans la fosse iliaque droite.

Les taches rosées sont brunâtres et ne sont presque plus reconnaissables. La desquamation commence à se produire sur les parties latérales du tronc sous forme de petites lamelles furfuracées.

Rate : 10 cent 1/2. *Rate* : 11 cent.

Toux ; râles muqueux aux deux bases.

Râles sonores disséminés.

Cœur : Bruits faibles, sourds.

Pouls : 100, régulier.

L'albumine a disparu.

La langue est à peu près dépouillée.

10 avril. — La desquamation est toujours au même point. Lamelles furfuracées sur les parties latérales du tronc, des bras et des aisselles. Elle est surtout marquée au niveau des fesses qui sont comme poudrées.

Langue blanche. *Toujours constipation.*

Toujours douleur dans la fosse iliaque droite. Le ventre est un peu ballonné : on perçoit difficilement la matité splénique à cause d'un son tympanique qui existe à ce niveau. On trouve à côté des anciennes taches rosées, qui ont pris une teinte brune, de nouvelles taches rosées au nombre de 10 environ sur la partie supérieure du tronc en avant.

Matité hépatique : 8 cent.

Toujours pas d'albumine. Toutefois il y a eu un peu d'albumine le 4 avril.

Pouls : 136, régulier. *Cœur* : les bruits sont faibles, sourds, réguliers.

Poumons : Râles sonores disséminés. Râles muqueux aux deux bases, plus marqués à droite où existe un point de côté.

16 avril. — La température demeure à peu près stationnaire après avoir subi depuis le 8 une exacerbation. On trouve

aujourd'hui de *nombreuses taches rosées nouvelles* au nombre de 12 environ. On les distingue très bien des anciennes qui sont réduites à l'état de taches brunâtres. Suppression des bains.

Desquamation furfuracée assez abondante sur les côtés du tronc, sur les fesses, et les parties postérieures des cuisses. En ce moment ni diarrhée, ni constipation.

Matité hépatique : 9 cent.

Matité splénique : 10 cent. on ne sent pas la rate sous le rebord des fausses côtes. On trouve de la douleur à la pression dans le grand dorsal gauche, dans le grand pectoral et les muscles de l'abdomen des deux côtés.

Cœur : On constate pour la première fois la disparition du premier bruit à la base (foyer pulmonaire). A la pointe les deux bruits sont faibles, sourds, mais ont à peu près leurs caractères normaux. Au foyer aortique on entend un peu mieux le premier bruit qu'au foyer pulmonaire.

Pas de rythme fœtal. 140 pulsations régulières.

Langue : très blanche.

Poumons : On entend toujours aux deux bases des râles muqueux de plus en plus fins, surtout prononcés à droite. La malade se plaint d'une douleur vive, spontanée au niveau de l'épaule gauche, là où se trouve de l'hypéresthésie.

16 avril. — Avant-hier après la visite, selle liquide avec méloëna. Les matières étaient claires et noyées dans un liquide rougeâtre; il y avait en outre quelques débris épithéliaux, sous forme de râclures de boyaux. Le soir, vers les 2 et 3 heures de l'après-midi, une autre selle sanglante. Depuis lors, constipation absolue. Ce matin, la malade est très déprimée. L'état typhique est plus prononcé qu'avant-hier.

Reprise des bains. Les nouvelles taches rosées existent toujours avec les mêmes caractères.

Desquamation furfuracée sur les fesses et les parties latérales du tronc.

La douleur des masses musculaires du côté gauche a disparu partout sauf dans les muscles abdominaux.

En outre, les deux pieds sont très douloureux à la moindre pression.

Cœur : Mêmes signes que le 14 avril.

Pouls : Petit, mou : 140.

La douleur à la pression dans la fosse iliaque droite a disparu.

Matité hépatique : 9 cent. *Matité splénique* : 10 cent.

La température a remonté et oscille autour de 40°.

17 avril. — Hier au soir la malade était pâle, affaissée, le pouls mou : 140. Apparence de collapsus menaçant. Injection de 0 gr. 06 de caféine.

Ce matin le pouls est toujours à 140.

Cœur : Pas de dilatation. Mêmes signes à l'auscultation. Le premier bruit s'affaiblit toujours, même à la pointe.

La desquamation devient très abondante dans le dos. Pas de selle depuis le 14.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

18 avril. — L'état général est meilleur.

Au cœur : Le premier bruit s'entend mieux.

La malade a été à la selle après un lavement. Pas de melœna.

19 avril. — La malade est encore allée à la selle hier après un lavement et aujourd'hui spontanément.

Cœur : Le premier bruit s'accroît de plus en plus. Les taches rosées de la seconde éruption se voient encore.

La desquamation est à sa fin sur les côtés du tronc et en arrière. On voit encore des pellicules sur les fesses. La desquamation est très abondante dans les membres inférieurs où elle affecte une disposition scarlatiniforme. Pas de desquamation à la plante des pieds.

Douleur des pieds disparue.

Pouls : régulier, mou à 112,

Rate : 7 cent. *Foie* : 9 cent.

27 avril. — La malade se trouve mieux et demande à manger. La température baisse et oscille autour de 37,5 et de 38°. Le premier bruit est encore un peu sourd.

Pouls : régulier à 104.

La desquamation est abondante dans la région lombaire où elle affecte la forme lamellaire.

Les douleurs musculaires ont disparu depuis le 18 avril, ainsi que les douleurs de la plante des pieds.

Rate : 5 cent. *Foie* : 9 cent.

4 mai. — Depuis le 27 avril, la température oscille autour de 38°. La malade n'a pas encore eu de température au-dessous de la normale.

Langue toujours légèrement blanche. Bon appétit. Constipation. Toujours un peu de coliques. Toujours un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite sans douleurs.

La malade a de la desquamation sur les parties latérales du tronc et à la racine des membres.

Rate : 3 cent. 1/2 *Foie* : 6 cent.

L'impulsion du cœur est toujours faible. Pas de bruits anormaux. *Pouls* : 112.

10 mai. — Depuis le 27 avril, la malade ne prend que des liquides ; pas d'hypothermie ; la température oscille autour de 38°. Le 9 au matin a apparu une nodosité érythémateuse sur l'avant-bras gauche. Le 10 au matin on trouve plusieurs nodosités semblables sur la face antérieure et externe des jambes.

Pas de douleurs articulaires.

La langue est complètement dépouillée.

La desquamation n'est pas encore complètement achevée.

Rate : 3 cent. 1/2. *Foie* : 8 cent.

A la face interne des cuisses, sur la vulve et la région périnéale, il y a une desquamation en lambeaux comme dans la scarlatine.

Le *pouls* est à 100, mou, petit, régulier.

On sent la pointe du cœur dans le 4^e espace. Bruits normaux.

14 mai. — La poussée d'érythème noueux a bien augmenté aux deux bras et aux deux jambes. Les nodosités sont très rapprochées les unes des autres et douloureuses.

On en trouve aux deux joues, une de chaque côté.

La température se maintient autour de 39°.

18 mai. — La poussée érythémateuse commence à pâlir, la petite ne souffre plus et la température tend à baisser.

21 mai. — Les nodosités ont complètement disparu aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs elles ont été remplacées par des ecchymoses.

La température est normale.

Cœur : Bruits sourds; la pointe bat dans le 4^e espace. Pas de bruits anormaux. Pouls : 88, régulier.

30 mai. — Depuis le 21, la malade a encore eu de la fièvre intermittente, à grandes oscillations pendant 3 à 4 jours. Depuis le 26 elle est en apyrexie; elle a encore eu une nodosité érythémateuse le 27.

Pas de matité splénique.

9 juin 1894. — Selles régulières.

Rate : 3 cent. 1/2. Foie : 8 cent.

Cœur : La pointe est dans le 4^e espace. La matité cardiaque est très petite. On trouve toujours le rythme fœtal : 100 pulsations.

30 juin 1894. — Les fonctions digestives se font bien; matité splénique : 6 cent. La malade quitte l'hôpital.

Mai 1895. — Chlorose, dont on retrouve encore des traces en 1899.

Observations résumées recueillies dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.

OBSERVATION LI. — Julie D..., 10 ans, 1896.

A) 1^{re} poussée : ayant débuté il y a environ un mois, n'a pas été observée.

B) 2^e poussée : Taches rosées vers le 15^e jour, nombreuses sur le dos et dans la région scapulaire; très abondantes aux épaules, au thorax, aux cuisses.

Constipation habituelle; diarrhée légère pendant un jour.

Matité splénique : trois travers de doigt.

Pas de ballonnement.

Durée : 23 jours.

OBSERVATION LII. — Julie L..., 8 ans et demi, 1897.

A) 1^{re} *poussée* : Taches rosées nombreuses au 10^e jour, les unes maculeuses, les autres papuleuses; disséminées sur l'abdomen, les fesses, les membres supérieurs. Léger exanthème analogue sur le voile du palais.

Pas de diarrhée. Rate peu volumineuse. Séro-diagnostic positif.

Durée : 20 jours environ.

B) 2^e *poussée* : Quelques taches rosées : cinq ou six seulement.

Diarrhée assez accusée : six à huit selles par jour.

Matité splénique : 3 cent. Pas de ballonnement.

Durée : 12 jours.

C) 3^e *poussée* : Quelques nouvelles taches. La diarrhée persiste.

Matité splénique : 3 cent.

Durée : 18 jours.

Durée totale de la maladie : 50 jours. 150 bains à 32° et 30°.

OBSERVATION LIII. — Louise T..., 13 ans, 1897.

A) 1^{re} *poussée* : Taches rosées nombreuses vers le 6^e jour.

Tendance à la constipation.

Matité splénique : 5 cent. 1/2.

Léger ballonnement.

Durée : 22 jours. Apyrexie : 12 jours.

B) 2^e *poussée* : Nouvelle éruption de taches rosées.

Constipation.

Séro-diagnostic positif le 35^e jour.

Durée : une dizaine de jours.

Durée totale de la maladie : 45 jours environ.

OBSERVATION LIV. — Marie B..., 8 ans, 1898.

A) 1^{re} *poussée* : n'a pas été observée; durée indéterminée.

B) 2^e *poussée* : apparition des taches rosées au 11^e jour, disséminées sur tout le tronc, et jusque sur les cuisses. Pas de diarrhée.

Matité splénique : 6 cent. $1\frac{1}{2}$.

Pas de ballonnement.

Desquamation. Trépidation plantaire.

Séro-diagnostic positif le 11^e jour.

Durée 15 jours.

c) 3^e poussée : pas de nouvelles taches ; hypertrophie de la rate. Pas de diarrhée. Pas de ballonnement.

Durée : 15 jours.

Durée totale des deux dernières poussées : 30 jours. 9 bains à 30°.

OBSERVATION LV. — Elisabeth L..., 10 ans et demi, 1898.

A) 1^{re} poussée : Taches rosées vers le 11^e jour, nombreuses.

Pas de diarrhée. Très grosse rate. Matité : 10 cent. Durée indéterminée. 8 bains à 30°.

Apyrexie : 15 jours.

B) 2^e poussée : nouvelle éruption de taches rosées, répandues sur les cuisses, les lombes, l'abdomen.

Légère constipation ; rate moins volumineuse.

Durée : 8 jours. Pas de bains.

Durée totale : environ 30 jours.

OBSERVATION LVI — Emilie V..., 12 ans, 1898.

A) 1^{re} poussée : Taches rosées abondantes au 8^e jour. Diarrhée légère. Très grosse rate : matité 9 cent. Pas de ballonnement.

Séro-réaction positive le 9^e jour.

Durée : 18 jours. Dix jours d'apyrexie.

B) 2^e poussée : Pas de nouvelles taches. Persistance de l'hypertrophie splénique. Pas de diarrhée. Durée : 10 jours.

Durée totale de la maladie : 28 jours. 62 bains à 30°.

OBSERVATION LVII. — Louise B..., 14 ans et demi, 1898.

A) 1^{re} poussée : taches rosées, nombreuses au 4^e jour.

Diarrhée. Matité splénique : 5 cent.

Durée : 14 jours. Apyrexie, 7 jours.

B) 2^e *poussée* : nouvelle éruption de taches rosées abondantes au 4^e jour de la fièvre.

Pas de diarrhée. Grosse rate. Pas de ballonnement.

Durée 12 jours.

Durée totale de la maladie : 32 jours. 97 bains à 25°.

OBSERVATION LVIII. — Marie M..., 14 ans et demi, 1899.

A) 1^{re} *poussée* : Eruption abondante de taches rosées, vers le 13^e jour, sur l'abdomen et le creux épigastrique. Le 20^e jour, elles se répandent sur le thorax, dans le dos et sur les cuisses.

Selles normales. Pas de ballonnement.

Matité splénique : 8 cent.

Séro-diagnostic positif le 13^e jour. Durée : 28 jours. 71 bains à 30°.

B) 2^e *poussée* : au 46^e jour de la maladie, au 18^e jour de l'apyrexie : nouvelles taches rosées.

Pas de troubles intestinaux. Pas de bains pendant la 2^e poussée.

Durée totale de la maladie : 50 jours environ.

Cette énumération est suffisamment démonstrative, croyons-nous. Nous regrettons de ne pouvoir y joindre *in-extenso* l'observation très intéressante dont M. le professeur TRIPIER a bien voulu nous donner connaissance, et qui a été l'objet d'une communication faite à la Société des Sciences médicales de Lyon, dans la séance du 23 février 1897, par M. le Dr Chambard-Hénon. Il s'agit d'une fièvre typhoïde observée chez une fillette de de 13 mois et demi nourrie au sein. Les taches rosées ont apparu au 8^e jour, au nombre de trois, dans la fosse iliaque droite. Le 9^e jour, elles se sont multipliées sur la face antérieure du tronc, au cou et sur les cuisses. Le 10^e jour, elles ont été très nombreuses sur les deux faces du tronc, et l'éruption s'est généralisée jusque sur

les jambes. L'enfant a eu un peu de diarrhée fétide au début, quelques vomissements à la période d'état; jamais de gargouillement ni de ballonnement. Elle a toujours été assez gaie et l'état général a été excellent pendant toute la maladie qui n'a duré que douze jours environ.

Il ne rentre pas dans notre sujet de donner un résumé analogue des autres cas que nous avons recueillis dans le service de M. le professeur agrégé WEILL, du 1^{er} novembre 1893 au 1^{er} novembre 1899. Comme nous l'avons déjà dit, ces cas peuvent se ranger en trois groupes.

Les *formes légères* ont quelques caractères de ressemblance avec la forme exanthématique : la *durée*, qui n'a jamais dépassé quinze à vingt jours; — *l'absence de troubles intestinaux*, car la tendance à peu près constante à la constipation n'a jamais constitué une complication rebelle à l'administration de lavements; la rate n'a jamais été augmentée de volume ni douloureuse à la pression; le ballonnement du ventre et le gargouillement iléo-cœcal ont été exceptionnels; — enfin la *bénignité* du pronostic. Mais, dans les formes légères, les taches rosées ont fait d'ordinaire, entièrement défaut; si dans deux cas elles ont apparu, ça n'a été qu'à la fin de la période fébrile, au début de l'apyrexie, et c'est à peine si nous avons pu en compter une ou deux. En somme, dans la forme légère, l'exanthème et l'énanthème ont été toujours parallèlement atténués, et cela suffit à la distinguer de la forme exanthématique.

Dans les *formes intenses*, la durée de la maladie a été beaucoup plus longue; le plus souvent la période fébrile

a duré plus d'un mois. Une diarrhée abondante pendant toute la maladie, le météorisme, le gargouillement, la douleur abdominale, surtout dans la fosse iliaque droite, l'augmentation de volume de la rate et sa sensibilité à la pression nous ont paru être la règle. Nous avons constaté fréquemment une albuminurie assez prononcée; dans certains cas elle n'a existé qu'à la période d'état; quelquefois elle a persisté un certain temps pendant la convalescence. Toujours, les taches rosées ont été abondantes, précoces, volumineuses et persistantes. D'une façon à peu près constante, les symptômes nerveux ont été très marqués : fièvre très élevée et de longue durée, céphalée intense, insomnies, abattement ou délire prolongé; incontinence des matières; troubles des organes des sens; surdité avec otite, troubles de la parole; exagération notable ou abolition complète des réflexes tendineux, trépidation plantaire. Enfin, le pronostic de la maladie a toujours été sérieux : nous avons relevé deux cas de mort sur quinze cas observés.

Ainsi, par l'exagération parallèle de l'exanthème et de l'énanthème, par l'importance et la gravité des symptômes nerveux, la forme intense de la dothiéntenterie nous apparaît comme bien différente de la forme exanthématique que MM. WEILL et LESIEUR ont observée. Elle nous montre une fois de plus combien il est important de considérer la tache rosée dans ses rapports avec l'absence des troubles intestinaux pour qu'on puisse réellement la considérer comme un élément de pronostic favorable.

Nous ne parlerons pas de la *forme classique*.

A titre d'élément de comparaison, nous nous borne-

rons à rapporter une observation complète de chacune de ces trois formes : forme légère, forme intense, forme classique.

OBSERVATION LIX

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dothiënenterie, forme légère sans taches rosées, sans troubles digestifs ; entrée au 4^e jour. — Séro-diagnostic positif. Durée : 16 jours, 38 bains de 10 minutes à 30°.*

Claudine Lerousseau, 10 ans, entre le 7 juin, sort le 9 juillet 1899.

Antécédents : Parents bien portants. Pas de fausses couches, pas d'enfants morts. 4 enfants se portent bien.

Celle-ci a eu la coqueluche à 7 mois, la rougeole à 4 ans ; se porte bien d'habitude.

Depuis 8 jours, l'enfant se plaint de maux de tête, de douleurs abdominales, de fatigue des jambes. Pas de diarrhée, ni de constipation. Depuis le premier jour de la maladie elle a des vomissements. Epistaxis dans la journée d'hier.

La malade s'est alitée, il y a 4 jours. Dans sa famille on boit de l'eau de la Compagnie, mais l'enfant a pu boire de l'eau d'un puits qui se trouve dans la cour.

A son entrée, la céphalée, les coliques, les douleurs de jambe persistent : elle vomit une fois. Température s'élève à 40° 5.

On ne trouve *pas de ballonnement, pas de gargouillement, pas de taches rosées. Le foie n'est pas gros. La matité splénique mesure deux travers de doigt. Langue blanche, étalée.*

Pas de trépidation, ni d'exagération des réflexes.

Pas de surdité, ni de bourdonnements.

Rien au cœur. Pouls : 148, non dicrote.

Aux poumons quelques râles de bronchite.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : positif (agglutination à 1 pour 30 au bout d'une heure).

7 juillet. — Défervescence définitive depuis le 20 juin.
Reprise de l'alimentation aujourd'hui. Excellent état.

9 juillet. — La malade sort guérie.

OBSERVATION LX

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dotbiénenterie, forme intense. Taches rosées très nombreuses ; diarrhée intense. Vomissements et régurgitations. Prédominance des symptômes nerveux. Symptômes d'hydrocéphalie et de paralysie bulbaire. Albuminurie intense. Entrée au 8^e jour avec séro-réaction positive. Mort au 15^e jour ; développement des lésions intestinales et spléniques. 7 bains de 10 minutes à 32° ; ergotine, ponction lombaire.*

Madeleine Voisin, 5 ans et demi, entrée le 7 novembre, décédée le 13 novembre 1899.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle, rougeole, l'année dernière.

L'affection actuelle daterait de 8 à 10 jours environ.

Vers les derniers jours d'octobre (29 ou 30), l'enfant éprouva des douleurs de tête assez violentes ; en même temps, fièvre et abattement, mais pas d'insomnies, pas de vertiges, pas d'épistaxis.

Peu après, diarrhée fétide assez profuse et ballonnement de l'abdomen.

Ces diverses manifestations pathologiques obligèrent l'enfant à garder le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital. A son entrée, l'enfant est dans un état de prostration très marqué, la température est élevée, se maintenant à 40° et au-dessus ; malgré cela on constate un peu de refroidissement périphérique.

Décubitus latéral en chien de fusil. Un peu de raideur de la nuque. Il n'y a pas d'autres phénomènes nerveux que quelques soubresauts de tendons.

Pas de trépidation plantaire. Les réflexes rotuliens paraissent normaux. Pas de troubles de la musculature extrinsèque ou intrinsèque de l'œil.

Appareil digestif : Langue recouverte d'un fort enduit

saburral. Pas de dysphagie, mais vomissements après chaque ingestion de liquide. Météorisme abdominal considérable. Pas de gargouillement. Petites pétéchiés sur l'abdomen, rappelant un peu les taches rosées. Diarrhée fétide. On ne sent ni le foie, ni la rate.

Appareil circulatoire : Les bruits du cœur notablement accélérés tendent au rythme fœtal, mais pas de bruits morbides surajoutés. Le pouls, très petit et très rapide, est cependantt régulier (150 environ à la minute).

Poumons : La malade qui n'a pas de dyspnée tousse cependant assez fréquemment. L'exploration de la poitrine, difficile à cause du grand état de faiblesse de l'enfant, ne semble cependant révéler que quelques râles humides.

Miction normale.

A l'analyse gros disque d'albumine.

Séro-diagnostic faiblement positif, quelques amas.

8 novembre. — Le météorisme abdominal permet l'exploration du foie et de la rate. Le foie déborde de trois travers de doigt. Rate : 9 cent. Purpura.

Quelques taches rosées; elles diffèrent de celles qui sont classiques, par leur volume, leur peu de saillie, leur vésiculation. On en trouve sur tout le tronc, en avant, en arrière, sur le cou, la face même, le dos; elles sont encore assez nombreuses à la racine des membres, et diminuent peu à peu en allant aux extrémités.

L'éruption ressemble tout à fait à un commencement de rougeole.

Parmi les taches érythémateuses s'en détachent d'autres qui sont foncées, rappelant un purpura en voie de résolution. Depuis hier (4 h. du soir), 3 selles jaunes abondantes, liquides; la malade est couchée sur le dos dans la stupeur complète avec résolution des membres; la figure est pâle; les narines sont pulvérulentes. Incontinence urinaire et fécale. Réflexe rotulien un peu exagéré.

La langue est sèche, rôtie.

A l'exploration de la gorge, symptômes d'inflammation;

muguet sur le voile du palais. Gêne de la déglutition ; petites ulcérations au niveau de l'isthme.

10 novembre. — Séro-diagnostic : très faiblement positif.

La malade est dans la prostration. Grande pâleur, somnolence, elle se plaint dès qu'on la remue, diarrhée toujours très abondante. 5 selles toujours très fétides. Pouls : 128, assez fort. Pas de trépidation plantaire. Diminution des réflexes. Incontinence urinaire et fécale. Déglutition difficile. La température semble baisser. L'enfant n'a pas pris de bains cette nuit. Souffle aux deux bases, plus marqué à gauche. Palais tapissé d'un enduit jaunâtre.

Même couche jaunâtre sur la langue et l'isthme du gosier. De temps à autre, cri rappelant celui de la méningite, et raideur des membres. Pas de signe de Kernig, pas d'inégalité pupillaire, pas d'hémiplégie. Augmentation du volume du foie et de la rate par rapport à l'état de l'entrée. Malgré l'aggravation de l'état général et l'apparition de foyers bronchopneumoniques, la fièvre a diminué. Suppression des bains.

11 novembre. — 100 à 150 taches rosées. La température baisse toujours.

Légère amélioration ; la *diarrhée est toujours abondante et fétide* ; toujours des cris accompagnés de raidissement.

Pouls petit, régulier, 140 p. Le foie se sent à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Matité hépatique : 12 cent. ; *matité splénique* : 7 cent.

Le ventre n'est pas ballonné. On trouve toujours un enduit sur le pharynx : muguet. Les réflexes rotuliens sont assez forts. Pas de trépidation plantaire.

Les phénomènes pulmonaires ont diminué.

La malade est toujours somnolente ; pas de cou raide.

Elle se plaint beaucoup, a l'air de craindre la lumière. Pupilles égales, pas de paralysie. Pas de signe de Kernig.

13 novembre. — La température diminue toujours, la *diarrhée est fétide*, 8 fois en 24 heures. Vomissements des aliments et des liquides cette nuit ; les vomissements suivaient immédiatement l'ingestion (par régurgitation), le ventre a diminué.

l'enfant fait constamment des grimaces comme au début d'un vomissement.

Il y a toujours un enduit analogue à celui signalé plus haut sur le palais et le gosier. Le pouls donne 180 pulsations.

Rythme foetal au cœur. 60 respirations bruyantes, avec jeu des ailes du nez et haussement des épaules, mais régulières, sans type inverse. Le souffle des deux bases s'étend ; les râles sont moins nombreux.

La malade a encore maigri ; elle est pâle ; légère cyanose des extrémités ; elle paraît être sans connaissance, bien que ses yeux soient ouverts. Elle ne comprend pas et reste immobile sur le dos. Pas de trépidation plantaire.

Réflexe rotulien exagéré.

Les membres du côté droit retombent lourdement quand on les soulève. De plus, raideur dans les muscles du bras droit. Lorsqu'on laisse retomber le bras, une véritable trépidation s'empare de la main. Un peu de raideur dans la jambe droite, moins marquée qu'au bras.

Rien de net à la face. Il n'y a pas eu de véritables convulsions. L'hypéresthésie semble avoir disparu. La malade ne semble pas ressentir les piqûres d'un côté plus que de l'autre.

Ponction lombaire. — On retire 60 c.c. de liquide céphalo-rachidien absolument clair et limpide. Le liquide donne une séro-réaction négative. 39°,3 à 11 heures du matin. Un quart d'heure après la ponction il n'y a aucun changement dans l'état cérébral, dans l'état du pouls ou dans la température.

Deux heures après : plus de vomissements, mais les efforts persistent ; ils s'accompagnent parfois de rotation des globes oculaires qui se convulsent en haut. Même état des membres.

Le pouls : 180 à la minute ; toujours embryocardie. Un peu de refroidissement des extrémités.

64 respirations. Température : 41°1.

2 heures et demie après, état comateux persistant. Par instants les yeux se convulsent dans l'orbite. Rien de nouveau du côté des membres. T. : 42°. Mort.

Autopsie. — L'encéphale pèse 1,100 grammes; le cerveau seul 950. A l'ouverture des espaces sous-arachnoïdiens, un peu de liquide s'écoule. Pas de distension ventriculaire, pas d'hydrocéphalie véritable.

La surface du cerveau est rouge, congestionnée; sinus veineux gorgé de sang. La substance blanche présente un piqueté rouge de congestion. La substance grise est d'un gris rosé. La consistance est celle de la pâte de guimauve. Pas d'inflammation des méninges, pas de ramollissement, pas d'hémorragie cérébrale.

Aux poumons, congestion passive des bases sous forme de noyaux brunâtres friables, laissant écouler une sérosité rouge, spumeuse, n'allant pas au fond de l'eau. Pas de bronchite. Deux petits ganglions péribronchiques caséeux, pas d'autres traces de tuberculose.

Le cœur n'est pas augmenté de volume: peut-être un peu pâle.

La rate est de volume moyen; elle n'est pas bleue, pèse 70 gr. Les follicules de Malpighi sont gonflés.

Les reins sont durs, avec pâleur de la substance corticale.

L'intestin présente une congestion diffuse de la moitié inférieure de l'iléon: quatre ou cinq plaques de Peyer gonflées et rouges; quelques îlots de folliculite, pas une seule ulcération.

Les ganglions mésentériques sont un peu gonflés, gros comme de petits pois, comme des haricots; ils sont grisâtres, sans tubercules.

Le foie est uniformément pâle, avec coloration jaune plus marquée au centre des lobules,

En somme les lésions rappellent à peine la dothiènerie, les lésions intestinales n'expliquent pas l'intensité de la diarrhée; l'œdème cérébral explique l'intensité des phénomènes nerveux et l'apyrexie relative.

OBSERVATION LXI

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé WEILL.)

RÉSUMÉ. — *Dotbiénerie*, forme classique, entrée au 8^e jour ; taches rosées au 12^e jour, peu nombreuses. — Réaction de Widal au 15^e jour. — *Diarrhée* moyenne. — *Phénomènes nerveux* très marqués : *adynamie*, diminution des réflexes ; *hypéresthésie*, douleurs plantaires. — *Otite* suppurée. — 88 bains de 10 minutes à 30°. *Durée* : un mois.

Marguerite Mézat, 12 ans, entre le 22 septembre 1899, sort le 6 novembre 1899.

Antécédents : Les parents se portent bien, ainsi que trois autres enfants.

Personnellement, bronchite et pleurésie sèche en mars 1899 ; bonne santé habituelle.

Depuis huit jours, céphalalgie et douleurs abdominales. Depuis trois jours, 4 ou 5 selles diarrhéiques en 24 heures. Pas de vomissements, pas d'épistaxis. La malade a perdu l'appétit, est très altérée, ne tousse pas. Il n'y a pas de fièvre typhoïde dans le quartier habité par la malade.

Dans le service, l'enfant dort bien, ne délire pas, est plutôt abattue ; elle n'a pas de diarrhée.

Le ventre est *ballonné* ; la pression n'en est pas douloureuse ; pas de gargouillement iléo-cœcal. Pas de taches rosées nettes : peut-être une ou deux macules en voie de disparition, sur la paroi abdominale. Pas de gonflement du foie, ni de la rate. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords. Rien à la gorge.

Aux poumons, simple diminution des vibrations à la base gauche.

Au cœur, premier bruit légèrement soufflant de temps à autre à la pointe ; ce caractère diminue par la pression, disparaît dans l'aisselle.

Pouls : 120, assez fort, régulier.

Pas d'exagération des réflexes rotuliens ; pas de trépidation plantaire.

Pas d'albumine dans les urines.

Séro-diagnostic négatif (1 p. 10, en 2 h.)

28 septembre. — La température se maintient au-dessus de 40°.

La diarrhée est modérée : 5 selles en 24 heures.

Le ventre n'est pas ballonné. Matité splénique : 3 travers de doigt.

Les taches rosées sont peu nombreuses ; on en voit trois ou quatre sur l'abdomen. La langue est humide, revêtue d'un mince enduit brunâtre.

L'abattement a diminué ; pas de délire ; pas d'exagération des réflexes.

30 septembre. — La diarrhée tend à diminuer, la malade est abattue, se plaint de violente céphalée frontale. Le séro-diagnostic est positif à 1 p. 10, en 2 heures.

2 octobre. — L'abattement, la céphalée persistent, la malade est devenue très sourde ; la langue est à peine saburrale. Les taches rosées sont peu nombreuses, la rate n'est pas grosse ; il n'y a pas de ballonnement de l'abdomen. Pouls : 120, régulier.

5 octobre. — Ecoulement auriculaire à droite. Toute la surface du corps est le siège d'une hypéresthésie générale ; la pression, surtout au niveau des jambes, arrache des cris à la malade. La face est le siège de rougeurs en plaques, passagères et variables. L'enfant tousse un peu ; aux 2 bases on entend des râles muqueux fins.

Suppression des bains. Ergotine, 2 gr.

6 octobre. — Etat stationnaire.

7 octobre. — Légère amélioration.

9 octobre. — Amélioration générale évidente ; suppuration auriculaire bilatérale.

10 octobre. — Les plaques congestives faciales ont disparu, ainsi que les râles muqueuses pulmonaires.

Réflexes tendineux abolis. Pouls : 140.

11 octobre. — La température oscille autour de 39°, 5 ; la langue est normale, la matité splénique nulle, l'éruption rosée a fait place à une éruption de sudamina. Pouls : 120.

13 octobre. — Défervescence.

20 octobre. — Tous les symptômes morbides ont disparu.

4 novembre. — La malade va tout à fait bien.

6 novembre. — L'enfant sort guérie.

Il nous a paru intéressant, pour terminer cette longue série d'observations, d'établir un tableau statistique des différentes formes de fièvre typhoïde qui ont été relevées par année, parmi les 280 cas observés dans le service de M. le professeur agrégé WEILL, dans une période de six ans, du 1^{er} novembre 1893 au 1^{er} novembre 1899.

	1893 depuis le 1 ^{er} Nov.	1894	1895	1896	1897	1898	1899 jusqu'au 1 ^{er} Nov. des 6 ans	TOTAL
1 ^o Formes classiques.....	10	31	29	36	31	44	11	192
2 ^o Formes légères.....	0	1	3	1	2	2	6	15
3 ^o Formes intenses.....	3	3	2	2	3	1	1	15
4 ^o F. exanthématiques.....	3	12	11	5	7	7	13	58
Tot ^l des fièv. typ. par années	16	47	45	44	43	54	31	280

Il ressort de ce tableau que :

1^o Dans les six années, le nombre des cas de fièvre typhoïde observés dans le service, a été sensiblement le même, et a atteint une moyenne de 46 cas par an.

2^o Les formes *classiques* ont été naturellement les plus nombreuses, moyenne : 32 cas par an.

3^o Les formes *légères* sont assez rares, moyenne : 2,5 cas par an.

4^o Les formes *intenses* sont également rares, moyenne : 2,5 par an.

5^o La forme *exanthématique* a été relativement fréquente, moyenne : 9,6 par an.

Si maintenant nous faisons le pourcentage des formes

exanthématiques observées par années nous obtenons les chiffres suivants :

Année 1893 (2 mois).	19	%
— 1894	26	%
— 1895	27	%
— 1896	11,5	%
— 1897	16,2	%
— 1898	12,9	%
— 1899 (10 mois).	31,7	%

Les formes exanthématiques ont été beaucoup plus nombreuses en 1899. A quelle causes doit-on attribuer les variations assez sensibles du nombre de cas de fièvre typhoïde à forme exanthématique par années? C'est un point que nous n'avons pu élucider. Peut-être des recherches nouvelles pourraient-elles être faites dans ce sens.

CHAPITRE IV

INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE

Les observations de fièvre typhoïde exanthématique, recueillies dans le service de M. le professeur agrégé WEILL sont assez nombreuses pour que l'existence de cette forme clinique de la dothiéntérie semble suffisamment démontrée.

MM. WEILL et LESIEUR, dans leur Mémoire, ont laissé de côté la question de la pathogénie des symptômes qu'ils ont observés. C'est que, en effet, ici nous tombons dans le domaine de l'hypothèse. Il en est une cependant qui nous a souri plus que les autres, et nous l'exposerons sous toutes réserves. Elle est basée sur le résultat des expériences de Sanarelli, faites à l'Institut Pasteur, sur la fièvre typhoïde expérimentale.

Frappé de ce fait qu'il peut exister, chez l'homme, des cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales, Sanarelli s'est demandé quelle était la nature de cette espèce d'immunité du tube digestif. Par une série de recherches, il est arrivé à démontrer qu'elle n'était due à

aucune propriété antitoxique de l'organisme normal ou vacciné. Il a pensé alors qu'on devait la considérer comme le résultat d'une accoutumance spéciale de l'organisme aux produits toxiques du bacille typhique; il ne pouvait s'agir évidemment d'un phénomène général, en vertu duquel toutes les cellules de l'organisme deviennent insensibles à l'influence du poison typhique, mais d'une accoutumance locale, spéciale de la muqueuse intestinale. L'expérimentation est venue confirmer cette idée théorique.

En injectant peu à peu dans l'organisme de certains animaux des cultures stérilisées du bacille typhique, Sanarelli a obtenu chez eux une accoutumance intestinale, qui se maintient un temps plus ou moins long et semble plus ou moins stable et complète, suivant la qualité des poisons avec lesquels elle a été obtenue. Il déterminait, en même temps, chez les cobayes soumis à l'expérimentation, une vaccination générale; mais celle-ci a une durée moins longue. Le poison typhique continue à se produire; il exerce son action toxique générale sur tous les autres organes, sur les centres nerveux, reproduisant la réaction fébrile typique de la maladie, occasionnant même la mort, mais respectant précisément les organes et les cellules qui, par l'importance de leurs réactions, représentent ordinairement le symptôme le plus grave de la fièvre typhoïde. A l'autopsie on constate, en effet, que la réaction intestinale fait entièrement défaut: il n'y a ni congestion, ni hémorragie, ni traces d'entérite toxique; l'intestin est normal.

Ne pourrait-on pas songer à une accoutumance intes-

tinale analogue pour expliquer l'absence complète ou la réduction des symptômes intestinaux dans les cas de fièvre typhoïde exanthématique et dans les formes légères de la dothiéntérie?

Cette hypothèse nous paraît parfaitement admissible pour les cas de rechutes, où la deuxième et la troisième poussées sont généralement beaucoup plus bénignes que la première; elle n'est d'ailleurs pas en désaccord avec les constatations anatomo-pathologiques. Dans un cas de rechute, MURCHISON a trouvé à l'autopsie, non seulement que les seules glandes intestinales frappées sont précisément celles qui ont échappé à la première attaque, mais que les lésions mêmes de la rechute sont moins étendues que celles du processus précédent. TROUSSEAU va même jusqu'à nier que dans les rechutes les lésions de l'intestin peuvent se renouveler : « Quoique l'appareil symptomatique soit très complet, dit-il, quoique l'éruption cutanée se reproduise, la lésion caractéristique de l'intestin ne se renouvelle pas. » Ces faits démontrent d'une manière assez évidente que la muqueuse intestinale, après avoir subi une première fois l'action du poison typhique, peut tolérer impunément une seconde attaque, même mortelle de la maladie.

Mais comment expliquer cette accoutumance intestinale dans les cas, et ce sont les plus nombreux, où il n'y a pas eu d'infection typhique antérieure?

On pourrait peut-être ici accepter l'idée d'une immunité intestinale, transmise des parents à leurs enfants. Cette hypothèse rendrait bien compte de la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde exanthématique et de la forme légère de la dothiéntérie chez les enfants :

cette immunité congénitale s'étant atténuée progressivement ou ayant complètement disparu avec le temps, chez les adultes. D'ailleurs, cette immunité héréditaire nous semblerait bien admissible, surtout dans le cas où la mère aurait été atteinte de fièvre typhoïde au cours de la gestation. HASTELIUS (cité par Eichorst, *Path. int.*) a observé, dans un fœtus de 8 mois, né d'une femme malade de fièvre typhoïde, la rate hyperhémique, les follicules de l'intestin et les ganglions lymphatiques du mésentère gravement infiltrés. Si l'enfant, dans le sein de la mère, partage avec celle-ci la maladie dont elle est affligée, il est naturel qu'il jouisse comme elle de l'immunité conférée par cette atteinte. Ce fait est d'autant plus admissible que « la toxine typhique est douée d'une diffusion et d'une activité si rapide qu'elle traverse très facilement les parois intactes des vaisseaux placentaires » (Sanarelli).

Mais la transmission héréditaire de l'immunité contre l'infection typhique n'est pas admise par tout le monde. De plus, cette explication ne nous satisfait pas entièrement, parce que nous n'avons pas pu retrouver d'une façon constante des atteintes de fièvre typhoïde chez les parents de nos petites malades.

Aussi préférons-nous recourir à une autre hypothèse pour expliquer l'accoutumance intestinale sans fièvre typhoïde antérieure. Presque toutes nos observations se rapportent à des enfants nées à Lyon et habitant Lyon. Or, c'est un fait bien constaté que, dans les grandes villes, ce sont les soldats, les lycéens, les domestiques qui, constituant des groupes en grande partie étrangers à la localité, sont les victimes de pré-

dilection de la fièvre typhoïde. Originaires, pour la plupart, de la campagne, où cette maladie est rare, ils ne sont point protégés par cette vaccination lente et silencieuse qui est le privilège des habitants de nos grandes cités. Cette immunité des citadins tient, abstraction faite de ceux qui ont eu une fièvre typhoïde confirmée antérieurement, à ce que la plupart d'entre eux se sont typhisés à petite dose, d'une manière insensible. Que d'embarras gastriques, que de bronchites fébriles qui correspondent à des fièvres typhoïdes avortées? Ces maladies bénignes suffisent pour donner une immunité au moins temporaire qui pourra devenir ultérieurement permanente, par de nouvelles atteintes aussi légères et aussi méconnaissables que la première. Ici encore, comme dans la fièvre typhoïde expérimentale, il est naturel de penser que cette accoutumance intéresse plus particulièrement les cellules de la muqueuse intestinale, parce que c'est sur elles et par elles que s'éliminent les toxines typhiques.

Ainsi, l'absence ou l'atténuation extrême des troubles intestinaux dans la forme exanthématique de la dothiènerie pourraient, peut-être, s'expliquer par une accoutumance locale de l'intestin au poison typhique, accoutumance qui serait le résultat soit d'une immunité acquise par une infection antérieure confirmée, soit peut-être d'une immunité héréditaire, soit enfin, et plus probablement, dans les cas que nous rapportons, par une vaccination locale lente et silencieuse ou acclimatement.

Le deuxième caractère de la forme exanthématique, c'est-à-dire l'abondance exceptionnelle de l'éruption

cutanée, est encore peut-être plus difficile à interpréter. Le mode de formation, la pathogénie de la tache rosée est encore trop peu connue pour qu'on puisse émettre une opinion ferme au sujet de sa signification. Cependant, il semblerait ressortir nettement de l'ensemble de nos observations qu'il faille considérer la tache rosée comme une manifestation de l'infection typhique au même titre que les lésions intestinales. Et, puisque l'intestin a acquis le privilège d'échapper à l'action de la toxine typhique, on serait bien tenté d'admettre la possibilité d'une dérivation du processus toxi-infectieux, de l'intestin invulnérable vers la peau. Ce n'est, évidemment, qu'une hypothèse ; mais ne trouve-t-elle pas un appui solide dans le fait suivant qui est ressorti assez souvent de nos observations : dans les formes mixtes de la dothiéntérie, caractérisées par l'association de l'exanthème et de l'érythème, nous avons cru remarquer, d'une façon assez constante, une diminution notable des troubles intestinaux au moment de l'apparition et du développement de l'éruption cutanée. — Cette hypothèse ne serait-elle pas aussi un argument de plus en faveur de la conception actuelle selon laquelle la fièvre typhoïde n'est plus considérée comme un processus infectieux d'origine et à localisations intestinales, pas plus que la variole n'est considérée comme une maladie de la peau ; l'érythème intestinal de l'une, et l'exanthème cutané de l'autre, ne représentent ni le siège du virus, ni ce qu'on appelle l'essence de la maladie ; le virus de la fièvre typhoïde peut exercer son action pathogène ailleurs que dans l'intestin ; et la tache rosée ne serait que l'expression d'une des localisations

du virus typhique. De là, à admettre qu'on pourrait, lorsque une éruption exanthématique abondante coïncide avec l'absence de l'exanthème intestinal, considérer cette éruption comme le résultat d'une dérivation de l'infection vers la peau, il n'y a qu'un pas : nous le signalons sans oser cependant le franchir.

CONCLUSIONS

Nous pourrions, avant de conclure, nous demander si nos conclusions doivent être généralisées, si la fièvre typhoïde de l'adulte et celle du vieillard revêtent parfois le type clinique que MM. WEILL et LESIEUR ont décrit chez l'enfant. Nous serions tentés de répondre par l'affirmative, si nous écoutions nos souvenirs cliniques, où nous trouvons plusieurs faits probants, observés chez l'adulte, et ce cas rapporté par M. le professeur LÉPINE (1) d'un vieillard de 74 ans, atteint de dothiënenterie bénigne avec constipation. M. le professeur Lépine terminait sa communication en disant : « C'est un cas favorable à l'opinion de ceux qui pensent que l'abondance et la confluence des taches se voient surtout dans les cas bénins. »

Nous laisserons à d'autres le soin de publier des statistiques sur ce point particulier, et limitant la portée

LÉPINE, Société de Médecine de Lyon, 1^{er} février 1897.

de nos conclusions, d'après la nature des faits qui les ont inspirées, nous dirons que :

Dans la fièvre typhoïde infantile :

1° On peut rencontrer :

a) Des *formes légères*, où l'exanthème et l'énanthème sont également réduits ;

b) Des *formes intenses*, où l'éruption cutanée et les troubles digestifs sont également développés.

2° Parmi les formes d'intensité moyenne, les plus nombreuses, il en est une, relativement fréquente, désignée par MM. WEILL et LESIEUR sous le nom de *forme exanthématique*, caractérisée par :

a) L'importance de l'éruption rosée lenticulaire ;

b) L'atténuation des symptômes intestinaux ;

c) La bénignité du pronostic.

3° L'abondance des taches rosées n'est un signe favorable que si elle coïncide avec l'absence ou la réduction des troubles digestifs, dans les cas de moyenne intensité.

VU :

Le Président de la Thèse,

TRIPPIER,

VU :

Le Doyen,

LORTET,

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNCULD et LEMOINE. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. Fièvre typhoïde.
- BERTROU. — Thèse, Montpellier, 1898.
- CAZALIS. — De la valeur de quelques phénomènes congestifs dans la dothientérie. Thèse, Paris, 1874.
- CHAMBARD-HÉNON. — *Lyon médical*, mars 1897.
- CHANTEMESSE. — *Traité de médecine*, 1899.
- CHEDEVERGNE. — Manifestations congestives de la fièvre typhoïde. Thèse, Paris, 1864.
- CHOMEL. — *Leçons de clinique médicale*, 1834.
- COUDEYNAS. — Des formes légères de la fièvre typhoïde. Thèse, Paris, 1898.
- DELORME. — Essai sur les fièvres typhoïde incomplètes dans leur expression symptomatique. Thèse, Paris, 1882.
- DIETL. — *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1856.
- FORGET. — *Traité de l'entérite folliculeuse*, 1841.
- GALLARD. — Taches et éruptions de la fièvre typhoïde. *Gazette des Hôpitaux*, 1865.
- GRIESINGER. — *Traité des maladies infectieuses*. Trad., Paris, 1877.
- GRISOLLE. — *Path. interne*.
- HENRIOT. — Thèse, Lyon, 1895.
- HOMOLLE. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.
- JACCOUD. — *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1874.
- KELSCH. — *Traité des maladies épidémiques*. Paris, 1894.

- LAVERAN. — De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde. *Arch. g. de méd.*, 1870.
- LAVERAN et TEISSIER. — *Nouveaux éléments de path. méd.*, 1894.
- LÉPINE. — *Lyon médical*, février 1897.
- LOUIS. — *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, 1841.
- MARFAN. — *Traité des maladies de l'enfance*.
- MAZERON. — Etude clinique sur les taches et éruptions de la fièvre typhoïde. Thèse, Paris, 1866.
- MORNARD. — Séméiologie des éruptions cutanées de la fièvre typhoïde. Thèse, Paris, 1875.
- MURCHISON. — *La fièvre typhoïde*. Trad. de Lutaud, Paris, 1878.
- POTAIN. — *Clinique médicale de la Charité*.
- RILLIET et BARTHEZ. — *Maladies de l'enfance*.
- ROUDET. — Eruptions de la fièvre typh. Thèse, Paris, 1883.
- SANARELLI. — Fièvre typhoïde expérimentale. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894.
- STEWART. — *Edimb. journ. med.*, 1840.
- TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1861.
- VINCENT. — Fièvres typhoïdes sans lésions intestinales. *Mercure médical*, 1891.
- WEILL. — *Précis de médecine infantile*, Paris, 1899.
- 1^{er} Congrès de médecine interne, Lyon, 1894.
- WEILL et LESIEUR. — Mémoire inédit.

